



SAVONIA

Suunniteltu keisarileikkaus – potilasopas Mikkelin keskussairaalan synnytysvuodeosastolle

Saara Eerola & Emmi Kuitunen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Saara Eerola & Emmi Kuitunen	
Työn nimi Suunniteltu keisarileikkaus – potilasopas Mikkelin keskussairaalan synnytysvuodeosastolle	
Päiväys 29.4.2014	Sivumäärä/Liitteet 51/9
Ohjaaja(t) Päivi Hoffren	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Mikkelin Keskussairaala Synnytysvuodeosasto	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämä opinnäytetyö oli kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli tuottaa potilasopas keisarileikkauksella synnyttävälle äidille ja tavoitteena antaa tietoa keisarileikkauksesta äidille ja hänen perheelleen sekä antaa työväline kättilöille potilasohjaukseen. Toimeksiantajana oli Mikkelin keskussairaalan synnytysvuodeosasto.</p> <p>Keisarileikkaukset ovat yleistyneet viime vuosina. Keisarileikkauksessa vatsanpeitteet avataan ja kohtuun tehdään poikki- tai pystyviilto, josta kädellä avustaen autetaan sikiö ulos. Keisarileikkaukseen johtavia syitä voivat olla äidin ahdas tai poikkeavan mallinen lantio, sikiön poikkeava tarjonta, sikiön ja lantion epäsuhta, aikaisempi keisarinleikkaus tai kohtuun kohdistunut leikkaus, äidillä todettu sairaus, äidin pelko alatiesynnytystä kohtaan, istukan heikko toiminta, täydellinen etisistukka tai aikaisemmat ongelmat synnytyksessä.</p> <p>Potilaan ohjaaminen on olennainen osa hoitotyötä ja sen tavoitteena on edistää potilaan tiedon- saantia ja tukea potilasta hallitsemaan terveyttään, siihen liittyviä ongelmia sekä hoitoaan. Potilas- ohjauksella on merkittävä rooli leikkaukseen valmistautumisessa ja tutkimusten mukaan yksilöoh- jauksen tueksi tarvitaan kirjallista ohjausmateriaalia.</p> <p>Tässä kehittämistyössä analysoitiin muiden sairaaloiden keisarileikkausta koskevia potilasoppaita analyysikehyksen avulla, tehtiin kirjallisuuskatsaus keisarileikkauksesta ja potilasohjauksesta, sekä hyvästä potilasoppaasta. Lisäksi opas annettiin kyselylomakkeen avulla kommentoitavaksi Mikke- lin keskussairaalan synnytysvuodeosaston, synnytyssalin, äitiyspoliklinikan, leikkausyksikön ja vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunnalle, eli kaikille, jotka osallistuvat keisarileikkauksella synnyttävän äidin hoitoon.</p> <p>Opas synnyttäjälle – suunniteltu keisarileikkaus voisi tulevaisuudessa olla saatavilla Etelä-Savon sairaanhoitopiirin internetsivuilla ja sen pohjalta voisi kehittää keisarileikkaussivustoa esimerkiksi tekemällä videon oppaasta. Tulevaisuudessa kättilöt voivat käyttää opasta yksilöohjauksen tukena sekä synnytysvalmennuksessa, joka on suunnattu keisarileikkauksella synnyttävälle äideille ja per- heille.</p>	
<p>Avainsanat</p> <p>keisarileikkaus, potilasohjaus, potilasopas</p>	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Saara Eerola & Emmi Kuitunen			
Title of Thesis A patient guide to a woman giving birth: an elective Caesarean section			
Date	29.4.2014	Pages/Appendices	51/9
Supervisor(s) Päivi Hoffren			
Client Organisation/Partners Central Hospital of Mikkeli, Antenatal ward			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis is to provide a guide to patients who give birth by an elective Caesarean section. The aim of the patient guide is to give information to patients and their families who are about to undergo the surgery and to give a tool for midwives for patient guidance. The guide was made in cooperation with and for the purposes of the antenatal ward of the Central Hospital of Mikkeli.</p> <p>During the past few years the number of Caesarean sections has increased. In a Caesarean section the abdominal wall is opened and an incision is made on the uterus. Through the incision the baby is helped out by hand. Reasons that lead to a Caesarean section are mothers having a contracted or abnormal pelvis, previous Caesarean section or a previous surgery on the uterus, mothers' primary disease, foetus's abnormal presentation, mothers fear towards a vaginal delivery, a weak function of the placenta, placenta praevia or problems in a previous labour.</p> <p>Guiding patients is an essential part of nursing and its aim is to increase the patient's knowledge and to support the patient to control her health, health-related problems and treatment. Patient education has a significant role in the preparation of a surgery. According to studies, patients need written guide materials to support individual guidance.</p> <p>In the thesis, patient education materials of other hospitals' on Caesarean sections were firstly analyzed by using a specific framework of analysis. Secondly, a literary review was made of the Caesarean section, patient education and patient guides. Thirdly, a questionnaire was given to all groups of staff involved in the care of the patient in a Caesarean section in order to get feedback on the guide. These groups included midwives and nurses in the delivery unit, operation theatre, neonatal unit and antenatal ward</p> <p>Patient guide to a woman giving birth - an elective Caesarean section could in the future be made available on the internet pages of Southern Savos health care district. The guide could be used to develop the webpages on Caesarean section by, for example, making an instructional video based on the guide. In the future, midwives could use the guide both when instructing individual patients as well as in childbirth classes held for mothers and families facing a Caesarean section.</p>			
<p>Keywords</p> <p>caesarean section, patient education, patient guide</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	KEISARILEIKKAUS.....	9
2.1	Valmistautuminen suunniteltuun keisarileikkaukseen.....	10
2.2	Keisarileikkauksen kulku.....	11
2.3	Keisarileikkaukseen liittyviä riskejä	12
2.3.1	Riskejä äidille.....	12
2.3.2	Riskejä vastasyntyneelle	14
2.4	Tukihenkilö keisarileikkauksessa.....	14
2.5	Varhainen vuorovaikutus keisarileikkauksessa	15
2.6	Keisarileikkauksen jälkeinen kivunhoito.....	17
2.7	Keisarileikkauksesta toipuminen	18
2.8	Seksuaalisuus ja ehkäisy keisarileikkauksen jälkeen	19
3	POTILASOHJAUS.....	21
3.1	Ohjausmenetelmät	21
3.1.1	Yksilöohjaus	21
3.1.2	Ryhmäohjaus.....	22
3.1.3	Audiovisuaalinen ohjaus.....	23
3.2	Potilasopas.....	24
3.2.1	Sanasto ja sanavalinnat	24
3.2.2	Selkeys ja eteneminen.....	25
3.2.3	Otsikot ja väliotsikot.....	26
3.2.4	Kuvat ja kuvitus	26
3.2.5	Potilasoppaan arviointi.....	27
4	KEHITTÄMISTYÖ OPINNÄYTETYÖNÄ.....	28
4.1	Opinnäytetyö prosessina	28
4.2	Kehittämistyön suunnitteluvaihe.....	29
4.3	Potilasoppaan suunnittelu.....	31
4.3.1	Potilasoppaiden analysointivaihe.....	31
4.3.2	Potilasoppaiden analysointi	32
4.3.3	Analyysin tulokset	33
4.4	Potilasoppaan toteutus.....	34
4.4.1	Kysely toimeksiantajalle.....	35
4.4.2	Kyselyn palaute.....	36
4.5	Kehittämistyön päättämis- ja arviointivaihe	37

5 POHDINTA.....	38
5.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus.....	38
5.2 Kehittämistyöprosessin arviointi.....	40
5.3 Tuotoksen arviointi.....	41
5.4 Ammatillinen kehittyminen	43
5.5 Työn johtopäätökset ja kehittämishaasteet.....	44
LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1 Lähdetutkimustaulukko

Liite 2 Tarkastellut potilasoppaat ja niiden lyhenteet

Liite 3 Potilasoppaiden arviointitaulukko

Liite 4 Potilasoppaan tarkistuslista

Liite 5 Saatekirje kyselylomakkeelle

Liite 6 Kyselylomake lääketieteen ja hoitotyön ammattilaisille

Liite 7 Kyselylomakkeen vastausten keskiarvot

Liite 8 Saatekirje kuvauslupasuostumukselle

Liite 9 Kuvauslupalomake

Liite 10 Opas synnyttäjälle: suunniteltu keisarileikkaus

1 JOHDANTO

Keisarileikkaukset ovat yleistyneet Suomessa ja koko maailmalla. Vuoren ja Gisslerin (2013, 5) tekemän tilaston mukaan vuonna 2012 keisarileikkauksia Suomessa oli n. 16 % kaikista synnytyksistä. Keisarileikkauksessa vatsanpeitteet avataan ja kohtuun tehdään poikki- tai pystyviilto, josta kädellä avustaen autetaan sikiö ulos (Uotila & Tuimala 2011b, 472).

Keisarileikkaukseen johtavia syitä voivat olla äidin ahdas tai poikkeavan mallinen lantio, sikiön poikkeava tarjonta, sikiön ja lantion epäsuhta, aikaisempi keisarinleikkaus tai kohtuun kohdistunut leikkaus, äidillä todettu sairaus, äidin pelko alatiesynnytystä kohtaan, istukan heikko toiminta, täydellinen etisistukka tai aikaisemmat ongelmat synnytyksessä. (Uotila 2012, 491.)

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa Mikkelin keskussairaalan (MKS) synnytysvuodeosastolle potilasopas keisarileikkauksella synnyttävälle äidille. Tavoitteena on antaa tietoa leikkaukseen valmistautuvalle äidille sekä työväline henkilökunnalle ohjaukseen. Pyyntö oppaan tekemiseen tuli MKS:n synnytysvuodeosastolta, jossa ei aiemmin ole ollut vastaavaa opasta.

Tämän kehittämistyön tuotos on kirjallinen potilasopas nimeltään Opas synnyttäjälle: suunniteltu keisarileikkaus ja se annetaan potilaalle äitiyspoliklinikalla tai leikkausosastolla yleensä synnytystavan arvioinnissa raskausviikoilla 36 - 37 tai myöhemmin, kun tehdään päätös keisarileikkauksesta.

Tässä kehittämistyössä on analysoitu muiden sairaaloiden keisarileikkausta koskevia potilasoppaita analyysikehyksen avulla (Johansson, ym. 2001), tehty kirjallisuuskatsaus keisarileikkauksesta ja potilasohjauksesta, sekä ennen kaikkea hyvästä potilasoppaasta. Lisäksi opas annettiin kyselylomakkeen avulla kommentoitavaksi MKS:n synnytysvuodeosaston, synnytyssalin, äitiyspoliklinikan, leikkausyksikön ja vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunnalle, eli kaikille, jotka mahdollisesti osallistuvat keisarileikkauksella synnyttävän äidin hoitoon. Kommenttien ja kyselylomakkeen avulla tavoitteena oli tehdä oppaasta mahdollisimman hyvin potilasta palveleva.

Kehittämistyöstä ja sen tuotoksesta hyötyvät äiti ja perhe, joka valmistautuu synnyttämään keisarileikkauksella. Suullisen ohjauksen lisäksi äiti saa oppaan, jota voi lukea ohjauksen jälkeen yhdessä perheen kanssa. Opas tukee valmistautumista leik-

kaukseen ja antaa tietoa leikkauksesta ja siitä toipumisesta. Henkilökunta (leikkausosaston, äitiyspoliklinikan, synnytyssalin ja synnytysvuodeosaston) saa oppaasta apuvälineen ohjaukseen. Kehittämistyönteko antaa valmiuksia tekijöilleen työskennellä yhdessä työelämän toimeksiantajan kanssa, lisää teorian tietoa potilasohjauksesta ja keisarileikkauksesta.

2 KEISARILEIKKAUS

Keisarileikkaukset ovat yleistyneet Suomessa ja koko maailmalla. Vuoren ja Gisslerin (2013, 5) tekemän tilaston mukaan vuonna 2012 keisarileikkauksia Suomessa oli n. 16 % kaikista synnytyksistä. Keisarileikkauksessa vatsanpeitteet avataan ja kohtuun tehdään poikki- tai pystyviilto, josta kädellä avustaen autetaan sikiö ulos (Uotila & Tuimala 2011b, 472). Keisarileikkaus voidaan tehdä suunnitellusti, kiireellisesti tai hätätapauksena riippuen virhetarjonnoista, sikiön ahdingosta sekä äidin terveydentilasta. Keisarileikkaus voidaan tehdä spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa ja poikkeustapauksissa yleisanestesiassa eli nukutuksessa. (Sariola & Tikkanen 2011, 323–324.)

Keisarileikkaukseen johtavia syitä voivat olla äidin ahdas tai poikkeavan mallinen lantio, sikiön poikkeava tarjonta, sikiön ja lantion epäsuhta, aikaisempi keisarinleikkaus tai kohtuun kohdistunut leikkaus, äidillä todettu sairaus, äidin pelko alatiesynnytystä kohtaan, istukan heikko toiminta, täydellinen etisistukka tai aikaisemmat ongelmat synnytyksessä. (Uotila 2012, 491.)

Uotilan, Tuimalan, Huhtalan ja Kirkisen (2001) mukaan perätilassa ei automaattisesti valita synnytystavaksi keisarileikkausta, vaan tapauskohtaisesti voidaan synnyttää alateitse. Alatiesynnytystä suunniteltaessa tulee ottaa huomioon äidin mielipide sekä lantion mitat. Heidän mukaansa näyttöä suunnitellun keisarileikkauksen paremmuudesta ei ole. Kuitenkin National Health Service Guidelinesin (NHSG) (2011) mukaan perätilassa olevien sikiöiden äideille tulisi tarjota suunniteltua keisarileikkausta ensisijaisesti, sillä se vähentää sikiökuolleisuutta ja vastasyntyneen sairastavuutta.

Hildingssonin, Nilssonin, Karlströmin & Lundgrenin mukaan (2011) pohjoismaisista synnyttäjistä noin 20 % kärsii synnytyspelosta ja 5-10 % vakavasta synnytyspelosta. Synnytyspelon vuoksi luonnollinen alatiesynnytys voi olla mahdoton, minkä takia voidaan päätyä suunniteltuun keisarileikkaukseen (Pietiläinen 2012, 420). Rouheen, Halmesmäen ja Saiston (2007) mukaan synnytyksistä 0,5 - 3,0 % tehtiin keisarinleikkauksella synnytyspelon vuoksi Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa (HYKS) ja koko Suomen alueella keskimäärin 1,0 %. HYKS:n alueella nämä synnyttäjät olivat keskimäärin 34,4 -vuotiaita ja 56,6 % korkeasti koulutettuja.

Raskausdiabetes on ensimmäisen kerran raskauden aikana todettu poikkeava glukoosiaineenvaihdunta, joka lisää sikiön makrosomian riskiä (Raskausdiabeteksen

Käypä hoito -suositus 2008). Alatiesynnytyksissä makrosomia voi aiheuttaa hartiadystokiaa. Hartiadystokia tarkoittaa, että sikiön hartiat eivät mahdu tulemaan synnytyskanavasta, jolloin voidaan joutua turvautumaan keisarileikkaukseen. (Uotila & Tuimala 2011a, 464; Teramo & Kaaja 2011, 513–514.)

Keisarileikkauksia tehdään myös kiireellisesti tai hätätapauksissa, jolloin synnytys on useimmiten jo käynnissä. Syitä kiireelliseen keisarileikkaukseen ryhtymiseen voi olla synnytyksen pitkittyminen tai pysähtyminen, sikiön asfyksian eli hapenpuutteen uhka tai jokin muu vakava komplikaatio tai sellaisen uhka synnytyksen aikana. (Uotila 2012, 491.)

Syitä hätäkeisarileikkaukseen voivat olla sikiön tai äidin välitön hengenvaara. Tällöin leikkaus aloitetaan välittömästi hätäjärjestelyin ja –työvoiman avulla, sillä sikiö tulisi saada syntymään kymmenen minuutin sisällä leikkauspäätöksestä. Hätäkeisarileikkauksessa tärkeintä on saada sikiö syntymään mahdollisimman pian, jolloin joudutaan usein tinkimään puhtaus- ja anestesiavalmisteluista. (Uotila 2012, 492.) Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen (26/2012, 6) tekemän tilaston mukaan vuonna 2011 kaikista keisarileikkauksista hätäkeisarileikkauksia oli 7,2 %.

2.1 Valmistautuminen suunniteltuun keisarileikkaukseen

Lopullisen päätöksen keisarileikkauksesta synnytystapana tekee lääkäri, mutta tärkeää on ottaa huomioon synnyttäjän toive. Leikkausajankohta pyritään valitsemaan siten, että synnyttäjä voidaan valmistella leikkausta varten hyvin. (Uotila 2012, 490.) Vastasyntyneen voinnin ja sopeutumisen kannalta leikkausajankohdan tulisi olla mahdollisimman lähellä laskettua aikaa, vastasyntyneen hengitysongelmien ehkäisemiseksi ei mielellään ennen 39:tta raskausviikkoa (NHSG 2011, 118).

Leikkausta edeltävänä päivänä äitiä on ohjattu aloittamaan kello 16 alkaen nestemäinen ruokavalio, joka tarkoittaa helposti sulavaa ruokaa ilman kuituja ja siemeniä. Ravinnottaolo tulisi aloittaa kello 2 edeltävänä yönä. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, ESSHP 2009.) Ravinnottaololla ehkäistään mahalaukun sisällön joutumista hengitysteihin leikkauksessa (Hammar 2011, 14). Kotona äiti ohjataan käymään edeltävänä iltana kokovartalosuihkussa sekä pesemään hiukset. Tärkeää on myös, että äiti poistaa kaikki korut ja mahdolliset kynsilakat, jotta saadaan mitattua saturaatio leikkauksen aikana. Edeltävänä iltana äiti toimittaa vatsansa kahdella Metalax-peräpuikolla. (ESSHP 2009.)

Äiti saapuu leikkauspäivän aamuna osastolle (jos äidillä on diabetes, pyydetään häntä tulemaan osastolle edeltävänä iltana), jossa hänet valmistellaan leikkausta varten pukemalla avopaitaan, valitsemalla oikean kokoiset antiemboliasukat, ajamalla vatsan alueelta ihokarvat ja tarkistamalla, että hänellä ei ole koruja tai kynsilakkaa. Kannyli asetetaan valmiiksi jo osastolla. (ESSHP 2009.)

KTG-käyrä (sikiön sydänäänikäyrä) otetaan aina ennen leikkausta ja sikiön tarjonta tarkistetaan niissä tilanteissa, kun leikkaus on suunniteltu tehtäväksi perätarjonnan vuoksi. Hoitaja antaa anestesiaalääkärin määräämät esilääkkeet (esim. Panadol 2g sekä Natriumsitraatti 0,3M 30ml suun kautta) ennen leikkaussaliin menoa. (ESSHP 2009.) Natriumsitraatti neutraloi mahahappoja ja sen käyttö on suositeltavaa raskauden oleville (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012, 87; NHSG 2011, 141). Suonensisäinen nesteytys aloitetaan keittosuolaliuoksella, ellei anestesiaalääkäri määrää muuta (ESSHP 2009). Ennen ihoviiltoa tulisi äidille antaa suonensisäisesti antibiootti, jolla ehkäistään haava-, virtsatie- ja sisäsynnytintulehduksia (NHSG 2011, 159).

2.2 Keisarileikkauksen kulku

Äiti viedään leikkaussaliin sairaalasängyllä, josta hän siirtyy leikkauspöydälle. Leikkaussalissa äidille laitetaan virtsakatetri. Leikkauksessa käytettävä puudutus altistaa rakon ylivenyttymiselle ja estää rakon normaalia toimintaa, joten virtsakatetrin avulla mahdollistetaan rakon tyhjeneminen (NHSG 2011, 136). Puudutusta varten anestesiaalääkäri asettelee äidin kylkiasentoon, jossa selkä pestään desinfioivalla liuoksella. Lääkäri pistää puudutusneulalla spinaali- tai epiduraalitalaan puudutusaineen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Äiti autetaan keisarileikkausta varten selinmakuulle ja leikkaustasoa kallistetaan 15 astetta. Kallistus tehdään, jotta kohtu ei painaisi alaonttolaskimoa ja aiheuttaisi huonoa oloa tai verenpaineen laskua. (NHSG 2011, 141.) Leikkausalue pestään desinfioivalla liuoksella ja peitellään leikkausliinalla. Ennen leikkausta vielä varmistetaan, että leikkausalue on puutunut. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Leikkaava lääkäri tekee leikkaushaavan useimmiten alavatsalle poikittain, jolloin kipua esiintyy leikkauksen jälkeen vähemmän ja haava on kosmeettisesti miellyttävämpi (NHSG 2011, 143). Tärkeää on saada sikiölle riittävästi tilaa syntymiseen. Sikiö ulosautetaan kämmenellä ohjaten leikkaushaavasta, jonka jälkeen napanuora katkaistaan ja lapsen voinnin salliessa näytetään häntä äidille. Myös istukka poistetaan ja kohdun haava ommellaan, sekä varmistetaan hieromalla tai taputtelemalla, että kohtu supistelee ja verenvuoto lakkaa. (Uotila 2012, 492–493.) Tarvittaessa koh-

dun supistumista ja vuodon tyrehtymistä leikkausalueelta voidaan tukea lääkkein (esimerkiksi oksitosiinilla) (NHSG 2011, 146). Faskia, eli sidekudoskalvo, sekä iho suljetaan kerroksittain ompelemalla (Uotila 2012, 493).

Keisarileikkauksen jälkeen kättilö seuraa vauvan vointia n. 2 tunnin ajan synnytyssalissa, missä tukihenkilö voi olla myös mukana. Äiti siirretään suoraan heräämöhön, jossa hänen verenpainetta, pulssia, kohdun supistumista, tunnon palaamista, jälkivuotoa, kipua ja pahoinvointia tarkkaillaan vähintään puolen tunnin välein. Kipua ja mahdollista pahoinvointia lääkitään heräämössä anestesia-lääkärin ohjeiden mukaisesti tehokkaasti ja ennakkoivasti. Äiti saa nähdä vauvan heräämössä ja ottaa hänet rinnalle, jos kummankin vointi mahdollistaa tämän. (NHSG 2011, 168; ESSHP 2009.)

2.3 Keisarileikkaukseen liittyviä riskejä

2.3.1 Riskejä äidille

Keisarileikkaukset ovat yleistyneet viime vuosina, mutta alatiesynnytys on huomattavasti turvallisempi sekä äidin että vastasyntyneen kannalta. On tärkeää kertoa keisarileikkausten riskeistä kaikille ja erityisesti niille naisille, jotka toivovat keisarileikkausta ilman lääketieteellistä syytä. Keisarileikkaus on suuri toimenpide ja päätöksen siitä tulee perustua huolelliseen harkintaan. (Saisto & Halmesmäki, 2003.)

Keisarileikkauksen jälkeen verensiirtoa tarvitsee 6 % potilaista, kun alatiesynnytyksen jälkeen vastaava luku on 0,4 - 0,6 %. Merkittävän verenhukan (yli 1500 ml) riski on keisarileikkauksessa kolminkertainen alatiesynnytykseen verrattuna. Verenvuoto aiheutuu yleisimmin joko leikkaushaavan lisärepeämisestä tai kohdun huonosta supistuvuudesta. Joskus joudutaan tilanteeseen, jossa verenvuotoa ei saada muuten tyrehtytettyä, kuin poistamalla kohtu. Keisarileikkauksessa riski tähän komplikaatioon on kuusinkertainen. Keisarileikkauksessa, kuten kaikissa gynekologisissa leikkauksissa, on myös virtsarakon ja virtsateiden vaurioitumisen vaara. Kirurgisia komplikaatioita tapahtuu n. 2 %:ssa leikkauksista, rakkovaurioita esiintyy alle 0,3 %:ssa ja virtsajohdinvaurioita alle promillessa, mutta kuitenkin kymmenkertaisesti alatiesynnytyksiin verrattuna. (Saisto & Halmesmäki 2003; Uotila & Tuimala 2011b, 473.)

Toipuminen suuren vatsan alueen leikkauksesta on vaikeaa ja vaatii aikaa. Kipu ja vaikeudet suoriutua jokapäiväisistä askareista ja vauvan hoidosta jatkuvat noin kahden kuukauden ajan leikkauksen jälkeen. Toipumista hidastava ja yleisin tulehdus on virtsatietulehdus. Keisarileikkauksessa laitettava kestopatetti altistaa virtsatietuleh-

dukselle. Kaikille keisarileikkaukseen tuleville potilaille laitetaan katetri ja ilman antibioottiprofylaksiaa, ilmaantuu 10 %:lle virtsatietulehdus. Antibioottiprofylaksia vähentää tulehdusten määrää puolella. Kohtutulehdus on 15 kertaa yleisempi keisarileikkauksen jälkeen kuin alatiesynnytyksen jälkeen. Keisarileikkaushaava tulehtuu 4–7 %:lla antibioottiprofylaksiasta huolimatta. Haavainfektiot ilmaantuvat 3.-5. leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Saisto & Halmesmäki 2003; Uotila & Tuimala 2011b, 473.)

Pallasmaan (2009) mukaan leikatuilla äideillä tavallisimmat sairaalahoitoon johtavat komplikaatiot ovat kohtu- ja haavatulehdukset sekä tromboemboliset komplikaatiot. Vakavat komplikaatiot ovat yleisempiä päivystyskeisarileikkauksissa kuin suunnitelluissa leikkauksissa. Saiston & Halmesmäen (2003) mukaan vakavia, septisiä infektioita esiintyi päivystysleikkausten yhteydessä merkittävästi enemmän kuin alatiesynnytysten yhteydessä. Suunniteltujen keisarileikkausten ja alatiesynnytysten välillä ei ollut merkittävää eroa (Saisto & Halmesmäki 2003; Pallasmaa 2009).

Keisarileikkaus on laskimotukoksen ja keuhkoveritulpan itsenäinen riskitekijä, mutta myös raskaus lisää riskiä. Riski kuolla keuhkoveritulppaan keisarileikkauksen jälkeen on 26-kertainen verrattuna alatiesynnytykseen. Keisarileikkauksella synnyttäneillä äideillä on reilusti yli kaksinkertainen aivoinfarktiriski ja nelinkertainen aivolaskimotromboosin riski alatiesynnytykseen verrattuna. (Saisto & Halmesmäki 2003.)

Keisarileikkausten pitkäaikaisvaikutuksia ovat kohdunpoiston, etisen istukan sekä kohturepeämän vaara. Riski kohdunpoistoon on yli viisinkertainen, etisen istukan ilmaantuminen yli kolminkertainen ja kohturepeämän ilmaantumisen riski on yli kahdeksankertainen keisarileikatuilla naisilla verrattuna synnyttäjiin, joilla ei ollut aiempaa keisarileikkausta. (Pallasmaa, 2009.)

Saiston ja Halmesmäen (2003) mukaan uusintakeisarileikkaukseen liittyviä riskejä olivat merkittävän verenhukan ja tulehdusten lisääntynyt riski, johtuen arpikudoksesta ja pidemmästä leikkausajasta. Kirurgisia komplikaatioita esiintyy sitä enemmän, mitä useampia keisarileikkauksia on tehty. Seuraavassa raskaudessa tehdään synnytystapa-arvio, jossa ei yleensä todeta estettä alatiesynnytykselle. Doddin, Crowtherin, Huertasin, Guisen & Horeyn (2012) mukaan aiemmin keisarileikkauksella synnyttänyt äiti voi synnyttää seuraavan lapsen joko alateitse tai keisarileikkauksella. Kummasakin synnytystavassa on etunsa ja haittansa, eikä tutkimuksia juurikaan ole äidin valinnan tueksi. Saiston ja Halmesmäen (2003) mukaan alatiesynnytys onnistuu aiemman keisarileikkauksen jälkeen 75 %:ssa tapauksista. Kuitenkin on huomioitava,

että arpikudoksen heikkouden vuoksi ei alatiesynnytystä suositella kahden keisari-leikkauksen jälkeen.

2.3.2 Riskejä vastasyntyneelle

Vastasyntyneen sopeutuminen syntymän jälkeiseen elämään pääsee suunnitellussa keisarileikkauksessa käynnistymään vasta synnytyksen jälkeen. Suunniteltu keisari-leikkaus ei käynnistä normaalien katekoliamiinien erityistä vastasyntyneellä. Katekoli-amiinit käynnistävät adaptaatioprosessin, eli sopeutumisen syntymän jälkeiseen maailmaan, alatiesynnytyksessä jo synnytyksen aikana. (Saisto & Halmesmäki 2003.)

Spinaali- ja epiduraalipuudutukseen liittyvä äidin verenpaineen lasku aiheuttaa istukan verenvirtauksen nopean heikkenemisen ja vastasyntynyt saattaa kärsiä tästä johtuen lyhytaikaisesta hapenpuutteesta. Yleisanestesiassa käytetyt nukutusaineet puolestaan menevät istukan läpi ja lamaavat lapsen hengitystä. Kirurgisia komplikaatioita voidaan havaita myös vastasyntyneillä. Riski saada ihon laseraatio kohtua avattaessa veitsestä on 1,3 – 2,0 % ja perätilassa olleella sikiöllä vielä suurempi. (Saisto & Halmesmäki 2003; NHSG 2011, 144.)

Elektiiviseen keisarileikkaukseen liittyy vastasyntyneen suurentunut riski hengitysvaikeuksiin, joka on sitä suurempi, mitä varhaisemmilla viikoilla leikkaus tehdään (NHSG 2011, 118). Raskausviikolla 37 riski on seitsenkertainen ja viikolla 39, jolloin suurin osa leikkauksista tehdään, riski on kuusinkertainen. Keisarileikkauksella syntyneet vauvat joutuvat useammin vastasyntyneiden teho-osastolle, sillä matala ruumiinlämpö ja verensokeritaso ovat keisarileikkauksella syntyneillä vauvoilla yleisempiä. (Saisto & Halmesmäki 2003.)

2.4 Tukihenkilö keisarileikkauksessa

Kun kyseessä on suunniteltu keisarileikkaus, voi äidin mukana leikkauksessa olla tukihenkilö. Tukihenkilö voi olla äidin puoliso, vanhempi tai muu tärkeä henkilö. Tukihenkilö saa tulla osastolle äidin mukana heti aamulla, tai noin 15 minuuttia ennen sovittua leikkauksaikaa, jolloin hän tulee suoraan synnytyssaliin. Synnytyssalissa kättilö ohjaa tukihenkilön pukemaan, jonka jälkeen tukihenkilö pääsee kättilön mukana leikkaussaliin. Leikkaussaliin saa myös ottaa kameran mukaan. (ESSHP 2012.)

Tukihenkilö saa istua puudutetun äidin vieressä, jolloin vuorovaikutus tukihenkilön ja äidin kesken on mahdollinen ja samalla he ovat vuorovaikutuksessa leikkaussalin

moniammatilliseen työryhmään. Puudutus mahdollistaa synnytyskokemuksen sekä tukihenkilölle että äidille, toisin kuin nukutuksessa tehty keisarileikkaus. (Kalliovalkama 2001, 15.)

Tukihenkilön mukanaolo synnytyksessä on tärkeää ja yleensä vaikuttaa myönteisesti synnytyksen kulkuun ja vuorovaikutussuhteeseen, kuten parisuhteeseen. Keisarileikkauksessa tukihenkilön mukanaolo vähentää ahdistusta ja lisää turvallisuutta oudossa ympäristössä äidille. Tukihenkilölle tärkeintä on olla vauvan syntymässä mukana, oli synnytystapa mikä hyvänsä. Tukihenkilön mukanaololla on merkitys vanhempi-lapsisuhteen muodostumiselle, vuorovaikutukselle ja käyttäytymiselle. Synnytyksessä mukana olleet tukihenkilöt tuntevat läheisyyttä vauvaan, osallistuvat vauvan hoitoon ja viettävät myöhemmin aikaa lapsen kanssa. Perhevalmennuksella ja hyvällä tiedot-tamisella on suuri merkitys koko perheen synnytyskokemukselle ja leikkaukseen val-mistautumiselle. (Kalliovalkama, 2001, 26; 35–36.)

2.5 Varhainen vuorovaikutus keisarileikkauksessa

Keisarileikkauksessa välitön ihokontakti ja ensi-imetys eivät ole heti mahdollisia syn-tymän jälkeen. Tukihenkilön mukanaolo kuitenkin mahdollistaa äidin varhaiskontaktin vauvaan, sillä hyvinvoiva vauva voidaan antaa tukihenkilölle, kun toimenpidettä sa-malla lopetellaan. Näin tukihenkilö ja äiti saavat tutustua vauvaan. Ihokontakti tulee ottaa käyttöön heti kun mahdollista, sillä se tukee vauvan sopeutumista kohdunulkoi-seen maailmaan. (Deufel & Montonen 2010, 405–408.)

Normaalin alatiesynnytyksen jälkeen vauva nostetaan äidin paljaalle rintakehälle, jossa hänet kuivataan huolellisesti ja peitellään. Vauva saa olla ensi-imetykseen asti rintakehällä. Ensi-imetyksen jälkeen suoritetaan vauvalle rutiinitoimenpiteet, kuten punnitseminen ja K-vitamiinin pistäminen. Ensi-imetys synnytyssalissa on yhteydessä imetyksen nopeampaan oppimiseen, vauvan parempaan verensokeritasapainoon, lisääntyneeseen ulostamiseen ja sitä kautta vähentyneeseen kellastumisriskiin, sekä imetyksen pidempään kokonaiskestoon. (Koskinen 2007, 74–75.)

Tarkan, Rantasen, Hausslerin & Åstedt-Kurjen (2005, 334) mukaan varhaisessa vuo-rovaikutuksessa tärkeää on myös katsekontakti, joka toteutuu leikkaussalissa, kun tukihenkilö nostaa vauvan äidin viereen. Vauvan näyttäminen äidille heti syntymän jälkeen lisää tyytyväisyyttä ja parantaa synnytyskokemusta. Vauva voidaan myös nostaa äidin rinnan päälle, jolloin äiti saa mahdollisuuden tutustua häneen. Vauvalle tehdään ensihoidot ja hänet puetaan, minkä jälkeen hänet voidaan nostaa rinnalle

uudestaan. Keisarileikkauksen jälkeen suositellaan pidennettyä ihokontaktia, jonka yhteydessä olevan ensi-imetyksen tulisi olla äidille palkitseva ja ongelmaton, joten kätilön läsnäolo on tärkeä. (Deufel & Montonen 2010, 405–408.)

Keisarileikkauksen jälkeen tukihenkilö saa mahdollisuuden olla kahdestaan vauvan kanssa äidin ollessa vielä leikkauksen jälkeen tarkkailtavana heräämössä. Tukihenkilö ja vauva tuodaan synnytyssaliin odottamaan äitiä. Tukihenkilö saa avustaa vauvan hoidossa ja tutustua vauvaan parin tunnin ajan, kunnes he siirtyvät lapsivuodeosastolle yhdessä. Vauva voidaan viedä äidin luokse heräämööseen, jos se on synnytyssalin ja heräämön toiminnan kannalta mahdollista. (ESSHP 2012.) Kalliovalkaman (2001, 36) mukaan tukihenkilön tutustuessa vauvaan, olisi suotavaa, että tukihenkilö ottaa vauvan ihokontaktiin, jossa täysiaikainen vauva pysyy lämpimänä. Erlandssonin, Dsilnan, Fagerbergin & Christenssonin (2007) mukaan tukihenkilön varhaisella ihokontaktilla voidaan käynnistää vastasyntyneen imemisrefleksiä, mikä on kehitykselle tärkeää. Velandian, Matthisenin, Uvnäs-Mobergin & Nissenin (2010) mukaan välitön ihokontakti syntymän jälkeen parantaa vanhempien välistä sanallista vuorovaikutusta ja myös vuorovaikutusta vauvan kanssa. Tutkimuksen mukaan, kun vauva annetaan isälle/tukihenkilölle ihokontaktiin syntymän jälkeen, itkee hän vähemmän ja on myös rentoutuneempi, kuin jos vauva olisi pelkästään äidillä ihokontaktissa.

Ihokontakti rauhoittaa vauvan hengitystä ja samalla pulssia, auttaa säilyttämään kehon lämpötilan ja parantaa vauvan hapetusta. Ihokontaktin avulla käynnistyy myös vauvan luonnollinen rinnalle hakeutuminen. Ihokontaktin vauvaan ja imetykseen kohdistuvat vaikutukset säilyvät useiden viikkojen ajan. Ihokontaktin avulla äiti pystyy tutustumaan vauvaansa paremmin etenkin vaikean alun, tai esimerkiksi keisarileikkauksen jälkeen. Varhainen ihokontakti vaikuttaa äitiin lisäämällä tämän oksitosiinin eritystä. Oksitosiini saa kohdun supistumaan, nopeuttaen normaalissa alatiesynnytyksessä istukan syntymistä ja vähentäen verenvuodon riskiä. Oksitosiini saa maidon herumaan ja äidin verenpaineen laskemaan. (Koskinen 2007, 74–75.) Varhaisen ihokontaktin avulla erittynyt oksitosiini vaikuttaa myös psykologisesti ja saa äidin kiintymään vauvaan ja käynnistää äidillisen käyttäytymisen (NHSG 2011, 164).

Deufelin & Montosen (2011, 413–415) mukaan imetyksen onnistumiseen vaikuttavat enemmän perheen päätös imettää ja sitoutuneisuus imettämiseen kuin synnytystapa. Keisarileikatut äidit imettävät yhtä paljon ja kauan kuin alateitse synnyttäneetkin. Kuitenkin Zanardon ym. tekemän tutkimuksen (2010, 275–279) mukaan keisarileikattujen äitien imetys onnistuu pienemmällä prosentilla kuin alateitse synnyttäneiden äitien. Jo sairaalasta kotiutuessa on keisarileikattujen ja täysimettävien äitien lukumää-

rä pienempi kuin alateitse synnyttäneiden. Keisarileikkauksen jälkeen täysimettäviä äitejä on vähemmän myös kun vauva on 3 kuukauden ja 6 kuukauden iässä. (Zanardo ym. 2011.)

Sytä imetyksen epäonnistumiseen leikkauksen jälkeen ovat pitkä väli syntymän ja ensi-imetyksen välillä, hoitohenkilökunnan kiire ja äidin suuri avuntarve vauvan hoidossa. Vauvalle annetaan helposti lisämaitoa pullosta, josta johtuen äidin maidontuotannon käynnistyminen viivästyy ja vauvalla voi olla hankaluuksia tarttua rintaan. (Zanardo, ym. 2010, 275–279.)

Synnytystavalla on yhteys maidonerityksen käynnistymiseen (Zanardo ym. 2010, 275). Suunniteltu keisarileikkaus viivästyttää maidoneritystä, sillä sitä ei edellä synnytyksen avautumisvaihe, jossa äidin oksitosiinin erityis olisi käynnistynyt. Tässä auttaa pidennetty ihokontakti ja kenguruhoito, jossa vauva laitetaan iho ihoa vasten äidin paidan alle. Imetyksen kannalta tärkeintä on äidin leikkauksen jälkeinen yksilöllinen kivunlievitys, joka mahdollistaa liikkumisen ja rentoutumisen, mikä edesauttaa imetämistä. (Deufel & Montonen 2010, 413–415.)

2.6 Keisarileikkauksen jälkeinen kivunhoito

Kipu kuuluu osaksi äidin leikkauksen jälkeistä elämää. Kivunhoidon tavoitteena on vähentää äidin kokemaa epämukavuutta, nopeuttaa toipumisprosessia, sekä välttää komplikaatioita. Keisarileikkauksen jälkeinen kipua koostuu kahdesta osasta: haavakivusta ja kohdun supistumisesta aiheutuvista kivuista. Oikeanlainen kivunhoito leikkauksen jälkeen on tärkeää, koska se parantaa liikkuvuutta, sekä äidin kykyä imettää ja pitää huolta vastasyntyneestään. (Karlström, ym. 2007, 430–431.)

Keisarileikkaus tehdään useimmiten spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa, jotta leikkauksipuuta saataisiin hoidettua mahdollisimman hyvin. Spinaalipuudutus on nopea ja tehokas anestesia-aine, kun taas epiduraalipuudutusta voidaan käyttää myös leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Epiduraalipuudutuksen yhteydessä pistoneulan avulla ujutetaan epiduraalikatetri, joka mahdollistaa infuusion avulla kivunhoidon myös leikkauksen jälkeen. (Isokoski, Kaminski & Rajaniemi 2009, 208–209.)

Kipua voidaan mitata erilaisilla mittareilla, joista VAS on yksi esimerkki. Kivun kokeminen on yksilöllistä, joten sen mittaaminen on haastavaa. Karlströmin ym. (2005, 433) mukaan keisarileikkauksen jälkeen äidit kokivat ensimmäiset 24 tuntia kipeimmiksi ja kuvasivat kipua VAS-asteikolla 1-10 numerolla 6. Tutkimuksen mukaan äidit,

jotka kuvasivat kipuaan yli neljäksi, kokivat imetyksen olevan ongelmallista ja vastasyntyneen hoitamisen hankalaa.

2.7 Keisarileikkauksesta toipuminen

Äidin voinnin ollessa vakaa, hänet voidaan siirtää heräämöstä lapsivuodeosastolle. Osastolla äidin ja vastasyntyneen tarkkailu jatkuu. Äidin virtsan erittymisen tarkkailu on tärkeää leikkauksen jälkeen. Oikean sängystä ylös nousutekniikan sekä yskiminen vatsaa tukien ohjataan, jotta turhaa painetta ei synny leikkausalueelle. Kättilöt tukevat äitiä imettämään vauvaa ja pitämään häntä ihokontaktissa, myös kaikki vastasyntyneelle tehtävät hoitotoimenpiteet tehdään äidin vierellä. (ESSHP 2009, 4.)

Jalkeille äiti voi päästä seuraavana aamuna leikkauksen jälkeen, jolloin häneltä poistetaan usein myös virtsakatetri ja kanyyli. Epiduraalikatetri poistetaan äidiltä, kun hän pärjää suun kautta annettavilla kipulääkkeillä. (Koskela 2011.) Kaikille keisarileikkauksella synnyttäneille äideille suositellaan aikaista liikkeelle lähtemistä, antiemboli-asukkaa, sekä tarvittaessa pienimolekyylistä hepariinia, joilla pienennetään tukosriskiä (NHSG 2011, 159; Kaaja 2012, 2141).

Leikkaushaavaa seurataan tarkasti, vuodon määrää ja kipua tarkkaillen. Haava pidetään kuivana 24 tuntia leikkauksen jälkeen, jonka jälkeen haavalappu voidaan poistaa. Jos vuotoa ei esiinny, ei tilalle tarvitse laittaa uutta sidosta. Ompeleet tai hakaset poistetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti 5-14 päivän kuluttua leikkauksesta terveyskeskuksessa tai neuvolassa. Haavan ympäristöä on syytä tarkkailla. Punoitus, kuumotus ja tykyttävät tuntemukset haava-alueella, kuumeilu, alavatsakipu ja pahanhajuinen jälkivuoto voivat olla viitteitä tulehduksesta, jolloin on syytä ottaa yhteyttä lääkäriin. Leikkausalue on usein kipeä vielä kotiutumisen jälkeenkin ja äiti tarvitsee kipulääkettä myös kotona. Turvallisia kipulääkkeitä ovat esimerkiksi ilman reseptiä saatavat paracetamol ja ibuprofeeni –valmisteet. (Koskela 2011; ESSHP 2009, 4.)

Sairaalasta kotiutuminen tapahtuu usein 3-6 päivän kuluttua leikkauksesta, huomioiden kuitenkin aina äidin ja vauvan voinnin. Kotiuduttuaan äiti ei saa nostaa vauvaa painavampia taakkoja, jotta leikkaushaava saa parantua rauhassa. Kevyt liikunta edistää paranemista, mutta raskaita kotitöitä sekä aktiivista liikuntaa ei tule aloittaa liian pian leikkauksen jälkeen. Monet liikkeet voivat olla hankalia ja aiheuttaa kipua leikkausalueella, joten niitä tulisi välttää. (Hakulinen-Viitanen, Lammi-Taskula, Ritvanen, Sarlio-Lähteenkorva, Pelkonen & Rantamäki 2012, 41.)

Rauchin, ym. (2012) tekemän tutkimuksen mukaan synnytystavan ja masennuksen välillä on todettu olevan yhteys. Standardoidulla kyselytutkimuksella ja masennus-seulalla haastateltiin 1100 äitiä ja todettiin, että keisarileikkauksella synnyttänyt ensisynnyttäjä masentuu lapsivuodeaikana (6-8 synnytyksenjälkeisenä viikkona) muita synnyttäjiä helpommin.

2.8 Seksuaalisuus ja ehkäisy keisarileikkauksen jälkeen

Raskaus ja synnytys muuttavat monella tapaa naisen kehoa, joka vaatii naiselta sopeutumista uuteen kehoon ja muuttuneeseen seksuaalisuuteen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 114.) Ryttyläisen ja Valkaman mukaan (2010, 116) uuden perheenjäsenen syntyminen muuttaa perheen rooleja ja arkirutiineja, koska vauva vaatii aikaa ja huomiota vanhemmiltaan. Väsymys ja uusi perhetilanne voivat vaikuttaa parisuhteessa seksuaaliseen halukkuuteen. Haluttomuus on yleistä synnytyksen jälkeen, jolloin tärkeiksi asioiksi parisuhteessa muodostuvat kumppaneiden keskinäinen kunnioitus, läheisyys, hellyys, hyväily ja koskettelu. Haluttomuuden syitä voivat olla väsymys, ajanpuute, leikkaushaavan kipu, limakalvojen kuivuus, jälkivuoto sekä epävarmuus uudesta muuttuneesta kehosta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 29; Ryttyläinen & Valkama 2010, 114.)

Synnytystavan vaikutuksia seksuaaliseen toimintaan ovat tutkineet Klein ym. (2009) sekä Barrett, Peacock, Victor ja Manyonda (2005). Kleinin ym. (2009) mukaan alateitse synnyttäneillä naisilla esiintyy useammin dyspareuniaa (kivuliaita yhdyntöjä), kuin keisarileikkauksella synnyttäneillä naisilla ensimmäisten kuuden kuukauden aikana synnytyksestä. Teoreettisesti dyspareuniaa voitaisiin vähentää keisarileikkauksilla, mutta merkittävää eroa sen esiintymisessä ei ole enää kuuden kuukauden jälkeen synnytyksestä (Klein ym. 2009). Barrettin ym. (2005) mukaan eroja seksuaalissa toiminnassa ei ole enää kolmen kuukauden jälkeen synnytyksestä, joten keisarileikkausta ei voida suositella naisen seksuaalisten toimintojen suojelemiseksi. Kummankin tutkimuksen mukaan vuoden kuluttua synnytyksestä synnytystavalla ei ole merkitystä seksuaaliseen toimintaan.

Synnytyksen jälkeen jälkivuotoa esiintyy usein 2-6 viikkoa, joten erityisesti silloin äidin hygieniasta huolehtiminen on tärkeää. Jälkivuodon ajan kondominkäyttö on suositeltavaa tulehdusriskin vuoksi. Limakalvojen kuivuus ja aristavuus synnytyksen jälkeen johtuu muuttuneesta hormonitoiminnasta. Se ei estä yhdyntöjä, mutta liukuvoiteen käyttö on suositeltavaa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 136.)

Vuonna 2011 raskaudenkeskeytyksistä 11 % tehtiin alle vuoden kuluttua edellisestä synnytyksestä (Heikinheimo ym. 2013). Ehkäisystä on siis tärkeää keskustella terveydenhoitajan kanssa viimeistään jälkitarkastuksessa, joka tehdään 5-12 viikon kuluttua synnytyksestä (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010). Täysimetys ei estä raskaaksi tulemistä, joten on suositeltavaa käyttää lisäehkäisykeinoa synnytyksen jälkeen (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 136).

3 POTILASOHJAUS

Potilaan ohjaaminen on olennainen osa hoitotyötä ja sen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia ja tukea potilasta hallitsemaan terveyttään, siihen liittyviä ongelmia sekä hoitoaan. Kättilöllä on ammatillinen vastuu varmistaa, että potilaalla on riittävät tiedot tehdä päätöksiä itsenäisesti ja toimia omalla tavallaan. (Arvela 2004, 77; Kääriäinen 2010, 26.) Ohjaustilanne on aina vuorovaikutussuhde, jossa hoitaja on ikään kuin opettaja ja potilas oppija. Potilasohjauksessa olennaista on potilaan oppiminen ja sen takaamiseksi potilasta ei saa ajatella objektiksi, vaan hänen pitäisi antaa olla aktiivinen osallistuja, eli hänen kanssaan toimitaan tasavertaisina yhdessä. (Montin 2008, 6; Kääriäinen 2010, 26.) Ohjaamisella pyritään siihen, että ohjattava ymmärtäisi hoidon merkityksen ja kokee voivansa vaikuttaa hoitoonsa, mikä on merkityksellistä ohjattavan motivaation ja sitoutumisen kannalta. (Eloranta & Virkki 2011, 20.)

Potilasohjauksessa tulee toimia potilaskeskeisesti, eli kunnioittaa ja arvostaa potilasta ja potilaan kohtaamista yksilönä. Ohjaustilanteen tavoitteena on antaa potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan ja hoidostaan. Ohjaus tulee tehdä suunnitelmallisesti ja potilaan tiedontarpeet tunnistaen, jolloin ohjaus kohdentuu oikein. Potilaalle täytyy antaa aikaa esittää kysymyksiä. (Koskela & Salanterä 2008, 6–7.) Vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja kättilö on ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. (Kääriäinen 2010, 28.)

Potilasohjauksessa on tärkeää kiinnittää huomiota erilaisiin ohjausmenetelmiin ja ohjausta tukeviin materiaaleihin, jotta potilaiden yksilölliset oppimistarpeet ja voimavarat tulisivat huomioiduiksi. (Lampinen & Matilainen 2005, 49.) Potilasohjauksen toteuttaminen voi tapahtua monin eri tavoin, kuten yksilö- tai ryhmäohjauksella, suullisen, kirjallisen tai audiovisuaalisen ohjauksen avulla. Kirjalliset ohjeet ovat yleisiä siksi, että potilas voi suullisen ohjauksen jälkeen palata niihin ja saada niiden avulla tietoa tehokkaasti riippumatta terveysalan ammattilaisen ohjaukseen käyttämästä ajasta. (Kostjukova & Salanterä 2008, 20.)

3.1 Ohjausmenetelmät

3.1.1 Yksilöohjaus

Kääriäisen (2005, 34) mukaan ohjauksen kulmakivi on vuorovaikutus, joten ohjausta annetaan usein suullisesti yksilöohjauksena. Yksilöohjaus antaa mahdollisuuden poti-

laalle esittää kysymyksiä ja saada tukea, ohjaajalle estää ja oikaista väärinkäsityksiä. Yksilöohjaus on suullista ohjausta ja sitä voidaan tehdä myös ryhmässä. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, sillä se mahdollistaa potilaan tarpeiden yksilöllisen huomiointin, motivoimisen ja sen tukemisen, palautteen antamisen ja vapaamuotoisen ilmapiirin. Ohjauksen kannalta yksilöohjaus on tehokkain menetelmä, etenkin jos sitä täydennetään vielä oheismateriaaleilla. Toisaalta yksilöohjaus vaatii eniten aikaa ohjaajalta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 74.)

Yksilöohjauksen merkitystä synnytystavan valinnassa ovat tutkineet Pawelec, ym. (2012), Bernstein, Matalon-Grazi ja Rosenn (2012) sekä Horey, Weaver ja Russel (2008). Pawelecin ym. (2012) mukaan tehokkaalla yksilöohjauksella voidaan vähentää synnytyspelosta kärsivien äitien keisarileikkausten lukumäärää, kun yksilöohjauksessa kerrotaan kivunlievityskeinoista. Bernsteinin, Matalon-Grazin ja Rosennin (2012) tutkimuksen mukaan yksilöohjauksessa ohjaajalla on todella suuri merkitys synnytystavan valinnassa ja äidin synnytystavan valintaan vaikutti ohjaajan henkilökohtainen mielipide. Bernsteinin ym. (2012) mukaan äideillä ei myöskään ole tarpeeksi tietoa valitsemansa synnytystavan eduista ja riskeistä. Myös Horey, Weaver ja Hall (2008) ovat sitä mieltä, että ohjauksella tulisi antaa enemmän tietoa itse leikkauksesta ja lisäksi siitä toipumisesta. Horey, Weaver ja Hall (2008) toteavat kuitenkin, että yksilöohjauksella tiedon antaminen ja alatiesynnytyksen suosiminen ei vaikuta keisarileikkausten määrään. Heidän mukaansa leikkausten lisääntyneeseen määrään vaikuttaa äitien mahdollisuus valita itse synnytystapa.

3.1.2 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä ja sitä annetaan erikoisissa ja eri tarkoitukseen kootuissa ryhmissä. Ryhmäohjaus voi olla voimaannuttavaa sekä ohjaajalle, että ohjattaville ja yksilö voi kokea sen tehokkaammaksi kuin yksilöohjauksen (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä, 2011, 87). Ryhmäohjaus voi auttaa jaksamaan ja tukea tavoitteiden saavuttamisessa, ollessaan parhaimmillaan. Toisinaan ryhmäohjauksella on mahdollista saavuttaa yksilöohjaukseen verrattuna parempia tuloksia. Lisäksi ryhmäohjauksessa voidaan jakaa tietoa sairauksista ja terveydestä suuremmalle ryhmälle, mikä tekee ohjauksesta taloudellisempaa ja tehokkaampaa ohjaajan näkökulmasta katsottuna. Ryhmäohjauksessa merkittävää on ryhmän välinen vuorovaikutus, jonka ei aina tarvitse olla edes sanallista. Ryhmällä täytyy olla yhteinen tavoite, jonka avulla yksilöt voivat käyttää ryhmää voimavarana tavoitteidensa saavuttamisessa. Hyvässä ryhmässä kaikki tuntevat toi-

sensa ja kannustavat toisiaan, mikä edellyttää tiheitä ja tiiviitä tapaamisia. (Kyngäs, ym. 2007, 104–105.)

Kätilötyössä ryhmäohjaustilanteita ovat synnytysvalmennukset, perhevalmennukset, sekä mahdollisesti erilaiset tukiryhmät, kuten esimerkiksi raskausdiabeetikoiden ryhmä. Ryhmäohjauksen merkitystä keisarileikkausten määrässä ovat tutkineet Khunpradit, ym. (2011) sekä Stoll ja Hall (2012). Khunpradit ym. (2011) havaitsivat, että kätilöiden pitämät synnytysvalmennus- ja rentoutumiskurssit vähentävät ei-lääketieteellisistä syistä tehtyjen keisarileikkausten määrää matalan riskin raskauksilla enemmän kuin pelkät potilasoppaat, -kyselyt ja -lehtiset. Myös Stollin & Hallin (2012) mukaan raskauden aikaiset valmennukset ovat yksi apuväline keisarileikkausten määrän vähentämiseen etenkin matalan riskin ensisynnyttäjillä sekä toissynnyttäjillä, jotka ovat aiemmin synnyttäneet keisarileikkauksella.

3.1.3 Audiovisuaalinen ohjaus

Audiovisuaalinen ohjaus on osa hoito- ja kätilötyötä. Audiovisuaalinen ohjaus tukee suullista ohjausta ja selventää väärinkäsityksiä ja mielikuvia. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla on mahdollista virkistää muistia ohjauskerran jälkeen ja se helpottaa tiedon välittämistä omaisille. Audiovisuaalinen ohjaus on hyvä keino tukea muita ohjausmenetelmiä, mutta sitä pidetään itsestään vähemmän vaikuttavana menetelmänä muihin verrattuna. Tämän ohjauksen käyttöä vähentävät ohjausmateriaaleihin liittyvät tuottamis- ja kehittämiskustannukset ja mahdollisesti potilaan huono tekniikan käyttökyky tai tekniikan puute. Audiovisuaalista ohjausta ovat mm. puhelinohjaus, ohjaus videoilla ja dvd:llä, tietokoneen avulla, sosiaalisen median välityksellä tapahtuva ohjaus, sekä kirjalliset ohjeet. (Kyngäs, ym. 2007, 117–124.)

Kirjallinen potilasohje on hyvä tiedonvälityskeino esimerkiksi niissä tilanteissa, kun suullisen ohjauksen toteutusaika on riittämätön. Kirjallisen materiaalin avulla voidaan välittää ennalta tietoa hoidosta ja esimerkiksi hoidon onnistumiseen liittyvistä tekijöistä, tästä esimerkkinä ohjausmateriaali leikkausta varten. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25.) Ali-Raatikaisen ja Salanterän (2008, 63) sekä Kynkään ym. (2007, 124 – 126) mukaan kirjallinen ohjausmateriaali vahvistaa ja täydentää suullista ohjausta, josta potilas ei muista kuin osan. Kirjallisesta materiaalista potilas voi myös tarkistaa tiedon jälkikäteen silloin, kun hänelle itselleen parhaiten se sopii. Toisaalta suullisessa ohjauksessa voidaan tarkistaa, onko potilas ymmärtänyt kirjallisena saamansa ohjeet.

Tämän kehittämistyön tuotos on kirjallinen potilasopas, joka annetaan potilaalle äitiyspoliklinikalla tai leikkausosastolla yleensä synnytystavan arvioinnissa raskausviikoilla 36-37 tai myöhemmin, kun tehdään päätös keisarileikkauksesta. Keisarileikkauspotilaan ohjaamisessa parhaiten soveltuva ohjausmenetelmä on yksilöohjaus, jota tämän kehittämistyön tuotos, opas, tukee. Yksilöohjausta annetaan synnytystavan arvioinnissa, sekä puhelimitse myöhemmin. Leikkausta edeltävänä päivänä leikkausosaston sairaanhoitaja soittaa potilaalle ja varmistaa, että tämä on ymmärtänyt saamansa kirjalliset ohjeet ja noudattaa niitä ennen leikkausta. (ESSHP 2009.)

3.2 Potilasopas

Lampisen ja Matilaisen (2005, 49) mukaan erilaisten materiaalien käyttö ohjauksen tukena on lisääntynyt, sillä potilaat ovat aikaisempaa valveutuneimpia ja hakevat tietoa eri lähteistä aiempaa enemmän. Potilaat haluavat tietää hoidostaan ja sairauksistaan ja samaan aikaan heiltä odotetaan entistä suurempaa itsehoitovalmiutta. Hämääläisen, Jauhialaisen & Janatuisen (2010, 10) mukaan päiväkirurgisten toimenpiteiden yleistyminen, hoitoaikojen lyhentyminen ja kotihoitopainotteisuuden lisääntyminen lisäävät potilasohjauksen tarvetta. Hoitoajat ovat lyhyempiä, joka vähentää potilaan saamaa henkilökohtaista ohjausta. Suulliseen ohjaukseen käytettävä aika on näin ollen lyhyempi, joten ohjausmateriaalien merkitys ja laatuvaatimukset korostuvat. (Lampinen & Matilainen 2005, 49; Kääriäinen 2007, 35.)

3.2.1 Sanasto ja sanavalinnat

Hoitotyössä ja lääketieteessä on paljon erilaista ammattisanastoa ja –käsitteitä, jotka saattavat olla maallikolle vieraita. Potilasoppaassa on tärkeää määritellä käytetyt käsitteet. (Kyngäs ym. 2007, 25; Kääriäinen 2007, 35.) Oppaan tekstin tulee olla selkeää ja ymmärrettävää, joka mahdollistuu lyhyillä virkkeillä, yksiselitteisillä sanoilla ja pääasian sijoittamisella ensimmäiseen virkkeeseen. (Kyngäs, ym. 2007, 124–126.) Torkkolan, ym. (2002, 39) mukaan potilasohjeissa olisi sopivaa käyttää tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää –kirjoitustapaa. Potilaalle tärkeimmän asian kertominen ohjeen alussa kertoo tekstin tekijän arvostavan lukijaa. Tämä on lukijan huomioonottamista ja saattaa lisätä lukijan kiinnostusta. Tämän kirjoitustavan myötä myös vain alun lukevat potilaat saavat olennaisimmat tiedot haltuunsa. (Torkkola, ym. 2002, 39.)

Kun ohje sisältää käytännön toimintaohjeita, kuten potilasopas, täytyy sen puhutella potilasta. Lukijalle tulee heti selvitä, että ohje koskee juuri häntä ja tämä selviää yleensä jo otsikosta (Lampinen & Matilainen 2005, 50; Kääriäinen 2005, 35). Ohjeen

puhuttelu täytyy sopia yhdessä toimeksiantajan kanssa ja sanavalinnat, mm. käsky-muotojen käyttäminen on mietittävä tarkkaan, jotta lukija ei tuntisi oloaan ymmärtämättömäksi käskyläiseksi (Torkkola, ym. 2002, 37). Tiedon täytyy olla ajan tasalla ja objektiivista, sillä lukijan on voitava luottaa siihen, että tieto on virheetöntä, etenkin potilasoppaassa. Potilaan tulisi tuntea lukiessaan, että tieto on olennaista, joten sisällön rajaaminen on tärkeää. Sisällön tulee vastata kysymyksiin mitä, missä, miksi, miten ja milloin. (Lampinen & Matilainen 2005, 50.)

Elorannan ja Virkin (2011, 76) mukaan potilasoppaassa tulee olla tarpeeksi perusteluja, sillä pelkkä neuvominen ei auta toimimiseen innostamisessa tai tapojen muuttamisessa. Suositeltujen toimintaohjeiden kunnollinen perustelu antaa potilaalle myös mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan (Torkkola, ym. 2002, 38). Mitä vaikeampaa ohjattava asia potilaalle on, sitä enemmän tulisi käyttää perusteluja ohjaamisen tukena. Lisäksi on muistettava, että ammattilaisen korvaan yksinkertaiset ja vähäpätöiset asiat on syytä perustella potilaalle, joka ei ole terveydenhuollon ammattihenkilö. (Eloranta & Virkki 2011, 76–77.) Leikkaukseen valmistautuessa tällainen yksinkertainen asia on esimerkiksi ravinnottaolo ennen leikkausta. Ravinnottaololla ehkäistään pahoinvointia ja oksentelua leikkauksen jälkeen ja sen aikana. Hoitohenkilöstölle tämä on itsestäänselvyys, mutta potilas voi kokea, ettei pari lasillista vettä ole vakavaa ilman perusteluja.

3.2.2 Selkeys ja eteneminen

Oppaan selkeyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä sisällöltään hyväkin ohje voi olla epäselvä, jos se ei ole looginen. Selkeässä oppaassa on juoni, punainen lanka, joka pitää oppaan tekstin ja sisällön kasassa ja liittää eri osat toisiinsa. (Eloranta & Virkki 2011, 75.) Oppaan keisarileikkauksella synnyttävälle äidille tulisi edetä loogisesti, eli tässä tapauksessa kronologisesti aikajärjestyksessä: valmistautuminen, leikkauksen toteutus ja sen jälkeiset toimet. Loogisuus voi myös olla sama kuin asioiden tärkeysjärjestys, eli potilaan kannalta tärkeintä on esimerkiksi keisarileikkausoppaassa leikkaukseen valmistautuminen, joka koskee potilaan omia toimia ja ohjaa hänen tekemisiään edellisestä illasta leikkaukseen (Eloranta & Virkki 2011, 75).

Ohjeessa tulee olla sopivasti tekstiä, suosituspituutta on mahdotonta määritellä, sillä se riippuu ohjeen sisällöstä ja vaihtelee asiakohtaisesti. Haasteena on kirjoittaa kaikki olennainen asia mahdollisimman lyhyesti. Liian pitkää ohjetta ei jaksa kukaan lukea, liian lyhyt ohje jättää olennaisia asioita pois ja jättää liikaa tulkinnanvaraa. (Eloranta & Virkki 2011, 75.)

3.2.3 Otsikot ja väliotsikot

Ohjeiden luettavuuden kannalta tärkeimmät osat ovat otsikot ja väliotsikot (Torkkola, ym. 2002, 39). Elorannan ja Virkin (2011, 75–76) mukaan otsikointi ja kappalejako selventävät tekstiä ja sen sisältöä ja helpottavat tekstin lukemista keventämällä sitä. Pääotsikosta selviää tärkein asia, eli mitä tämä opas käsittelee. Väliotsikot hahmottavat lukijalle tekstin rakennetta. Väliotsikot myös jakavat tekstin sopiviin lukupaloihin (Torkkola, ym. 2002, 39). Erityistä huomiota tulisi kiinnittää opasta kirjoittaessa sen viimeistelyyn. Jos teksti sisältää paljon kirjoitusvirheitä, on sen ymmärtäminen hankalampaa. (Eloranta & Virkki 2011, 76.)

On tärkeää, että oppaita täydennetään potilaan tarpeita vastaaviksi. Parhainkaan kirjallinen ohje ei voi vastata kaikkiin potilaiden kysymyksiin, eikä sisällä tarpeeksi yksityiskohtaista tietoa jokaiselle potilaalle. Tästä syystä tulee ohjeessa olla selkeästi esillä kattavat yhteystiedot oman väliotsikkonsa alla. (Torkkola, ym. 2002, 44.)

3.2.4 Kuvat ja kuvitus

Hyvät kuvat ja kuvitus ovat oppaan houkuttelevuuden, muistamisen ja ymmärtämisen kannalta tärkeitä. Parhaimmillaan kuvat herättävät mielenkiintoa ja auttavat potilasta ymmärtämään oppaan sisältöä. Tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat lisäävät luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Toimenpidettä selventävät kuvat ja piirrookset ovat esimerkkejä onnistuneesta kuvituksesta. (Torkkola, ym. 2002, 40; Kääriäinen 2007, 35.) Kuvatekstit ohjaavat kuvan lukemista ja täydentävät kuvitusta. Hyvä kuvateksti nimeää kuvan ja samalla kertoo jotain sellaista, jota kuvasta ei voi suoraan nähdä. Tyhjän tilan täyttäminen niin sanotuilla kuvituskuvilla, kuten kukilla, on turhaa. Tyhjä tila luo rauhallisen ilmeen oppaaseen ja antaa lukijan omille ajatuksille tilaa. (Torkkola, ym. 2002, 41.)

Opas suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttävälle äidille sisältää esivalmistelut ja valmistautumisen leikkaukseen, tietoa toimenpiteestä sekä toimenpiteen jälkeisestä toipumisesta. Ensin kerrotaan valmistautumisesta kotona ja leikkausvalmisteluista osastolla. Valmistautumisessa huomioitavia seikkoja ovat syöminen ja juominen, lääkitys, alkoholi ja muut päihteet, ihonhoito, suoliston tyhjennykset, hygienia ja pukeutuminen, etukäteen otettavat laboratoriotestit ja muut mahdolliset tutkimukset, toimenpiteen esteet, esimerkiksi infektioaudit ja mahdolliset tarvittavat toimenpiteet näissä tilanteissa (Torkkola, ym. 2002, 62–63).

Torkkolan, ym. (2002, 64–65) mukaan toimenpideosiossa selitetään toimenpiteen kulku, eli mitä siinä tapahtuu, miten kauan se kestää ja millaista anestesiaa toimenpiteessä käytetään. Jälkihoito-osio selventää kotihoito ja kotiutukseen liittyvät ohjeet. Tällaisia asioita ovat kotiutumisen ajankohta, toipumisen kesto, normaalin arkielämän rajoittuminen toipumisen takia, kotihoidon toteuttaminen käytännössä (haavanhoito-ohjeet ja kivunhoito). Lisäksi käsitellään jälkioireita, erityisesti miten kauan voi kipua, haavavuotoa ja turvotusta olla, muiden oireiden esiintymistä, jälkioireiden lievittämistä, sekä poikkeavien jälkioireiden tunnistamista ja toimimista niiden esiintyessä. (Torkkola, ym. 2002, 64–65.)

3.2.5 Potilasoppaan arviointi

Potilasoppaita voidaan arvioida monilla eri kriteereillä. Tässä kehittämistyössä käytetään Johanssonin ym. (2001, 6) luomaa analyysikehystä kirjallisten potilasohjeiden analysoimisessa. Analyysikehys kuului Potilasohjaus -pontevasti paremmaksi -hankkeeseen, jossa kehitettiin potilasopetusta Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen, Turun ammattikorkeakoulun ja Turun yliopistollisen keskussairaalan yhteistyön tulokseksi. Mittarissa arvioidaan potilaan ohjaukseen kehitettyjä materiaaleja seitsemän eri hallinta-alueen kautta. Hallinta-alueet ovat bio-fysiologinen, toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, eettinen, tiedollinen, kokemuksellinen ja ekonominen. Lisäksi arvioidaan ohjeen ulkonäköä, kieltä, luettavuutta, ymmärrettävyyttä ja opetuksellisuutta (Johansson ym. 2001, 6.).

4 KEHITTÄMISTYÖ OPINNÄYTETYÖNÄ

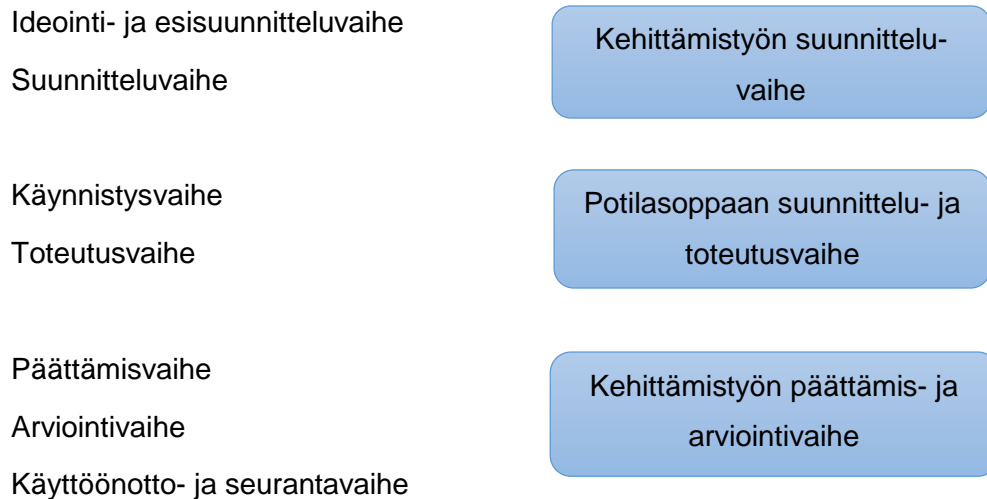
4.1 Opinnäytetyö prosessina

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli tehdä potilasopas keisarileikkauksella synnyttävälle äidille. Tavoitteena oli tuottaa tietoa leikkaukseen valmistautuvalle äidille sekä antaa työväline henkilökunnalle ohjaukseen.

Terveysalan opiskelijalle opinnäytetyöllä on tärkeä merkitys ajattelun taitojen kehittymiselle, koska se tarjoaa mahdollisuuden ja materiaalia, jolla voi opetella havaintojen ja johtopäätösten tekoa omalta alalta, sekä perustelua ja perusteluiden esille tuomista. Opinnäytetyö on parasta mahdollista koulutuksen syventävää osaa, jos se liittyy alan sisältöjen oppimiseen, toiminnan perusteiden hakemiseen, perusteluiden arvioimiseen ja toiminnan kehittämiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 42.) Tässä kehittämistyössä haettiin perusteluja omalle tuotokselle, potilasoppaalle, hyvän potilasoppaan teoriasta, tutkimuksista ja eri sairaaloiden potilasoppaista. Edellä mainittujen pohjalta kehitettiin uusi potilasopas toimeksiantajalle.

Kehittämistyö on toimintaa, jolla pyritään tutkimustulosten avulla luomaan uusia tai entistä parempia palveluja, tuotantovälineitä tai -menetelmiä. Kehittäminen on mahdollista ilman tutkimusta, mutta tutkimus ja kehittäminen toimivat yhdessä parhaiten, koska tutkimus tarjoaa perusteet toiminnalle, mikä parantaa onnistumisen edellytyksiä. Terveystieteiden tutkimuksessa potilaiden hyvä on ensisijainen kehittämistoiminnan päämäärä. (Heikkilä, ym. 2008, 21; 44.) Tämän kehittämistyön päämäärä oli auttaa leikkauksen valmistautuvaa äitiä ja tämän perhettä tuottamalla tietoa.

Heikkilän, ym. (2008, 58) mukaan kehittämistyön vaiheita ovat ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämismvaihe, arviointivaihe, sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe. Tässä kehittämistyössä mukaillaan Heikkilän ym. esittämiä vaiheita, mutta seitsemän vaihetta on yhdistetty kolmeen seuraavasti: kehittämistyön suunnitteluvaihe, oppaan suunnittelu- ja toteutusvaihe, sekä kehittämistyön päättämism- ja arviointivaihe (Kuvio 1).



Kuvio 1. Kehittämistyön vaiheet Heikkilää ym. (2008, 58) mukaillen.

Kehittämistyön vaiheet ovat erillisiä toimintoja, mutta ne muodostavat tavoitteellisen toimintakokonaisuuden, jolla pyritään saavuttamaan tavoiteltu tulos. Vaikka vaiheet kuvataan ikään kuin ketjun lenkkeinä, todellisessa työskentelyssä ne eivät etene aina yhtä suoraviivaisesti. Eri vaiheisiin voidaan palata kehittämistyön edistyessä. Jokaisen vaiheen lopussa tulisi arvioida työtä, ennen seuraavaan siirtymistä. Arviointi voidaan suorittaa esim. ryhmän palavereissa. (Heikkilä, ym. 2008, 58–59.)

4.2 Kehittämistyön suunnitteluvaihe

Tätä kehittämistyötä ideoitaessa haluttiin, että aihe liittyy kättilötyöhön ja tuotos tulee toimeksiantajan käyttöön. Aihe saatiin toimeksiantajalta, Mikkelin keskussairaalalta keväällä 2012 ja aiheeksi muodostui potilasoppaan tekeminen keisarileikkaukseen tulevalle äidille. Toimeksiantajalla ei ole vastaavanlaista opasta, joten tuotos tulee sekä henkilökunnan, että potilaiden tarpeeseen. Heikkilän ym. (2008, 67) mukaan toteutettu työ saattaa osoittautua merkityksettömäksi, jos se ei perustu todelliseen tarpeeseen.

Suunnitteluvaiheessa kehittämistyön aihe rajattiin potilasohjaukseen ja keisarileikkaukseen. Tiedonhaussa ohjasi kirjaston informaatikko, jonka avulla työhön löydettiin keskeisiä ja ajan tasalla olevia tutkimuksia. Tiedonhaku (Taulukko I) tehtiin kättilötyön, hoitotyön, hoitotieteen ja lääketieteen kirjallisuutta apuna käyttäen, sekä CINAHL-, Medic-, Cochrane- ja PubMed- tietokannoista. Hakusanoina käytettiin seuraavia asiasanoja: cesarean section, keisarileikkaus, patient education, potilasopas/potilasohjaus.

CINAHL-tietokannassa tehtiin haku hakusanalla cesarean section, jolla saatiin aluksi 7975 hakutulosta. Hakua rajattiin niin, että mukaan otettiin vain ne tutkimukset ja artikkelit, joista oli mahdollista saada kokotekstiversiot ja hakuvuodeksi rajattiin 2003–2013. Näillä rajauksilla saatiin 635 hakutulosta. Lisäksi jätettiin huomioimatta sellaiset tutkimukset, jotka oli tehty Suomeen verrattuna erilaisissa olosuhteissa, kuten kehitysmaissa, eli vain eurooppalaiset, pohjoismaalaiset ja pohjois-amerikkalaiset huomioitiin. Eri maiden erilaiset terveydenhuoltojärjestelmät pyrittiin huomioimaan tutkimusten tiivistelmiä luettaessa. Rajausta tarkennettiin vielä niin, että vain suunniteltua keisarileikkausta koskevat tutkimukset huomioitiin. CINAHL-tietokannasta haettiin erikseen vielä cesarean section + patient education hakusanoilla kokotekstin sisältäviä tutkimusartikkeleita, jotka olisivat vuosilukujen 2003–2013 rajoissa, sekä käsittelisivät suunniteltua sektiota. Tulokseksi saatiin kymmenen tutkimusta, joista pystyttiin hyödyntämään kahta.

Cochrane-tietokannasta tehtiin vielä erikseen haku hakusanalla cesarean section, joka antoi tulokseksi 8200 tulosta. Uudelleen hakusanoilla cesarean section and patient education haku tuotti tulokseksi kolme tutkimusta. Näistä pystyttiin käyttämään kaikkia. Medic-tietokannassa tehtiin haku sanalla keisarileikkaus, mikä tuotti 136 tutkimusta ja artikkelia. Hakua tarkennettiin vuosirajauksella 2003–2013, mikä tuotti 60 hakutulosta. Näistä hyödynnettiin suunniteltua keisarileikkausta koskevat, joita oli lopulta 12.

Taulukko I. Tiedonhaun rajaukset ja tulokset.

Tietokanta	Hakusana	Tulokset	Rajaukset	Lopullinen tulos
Cochrane	Cesarean section	8200	cesarean section + patient education	3
Medic	Keisarileikkaus	136	Vuosirajaus 2003-2013, suunniteltu keisarileikkaus	12
CINAHL	Cesarean section	7975	Kokotekstiversiot, vuosirajaus 2003-2013, cesarean section + patient education	2 (haku antoi 10, joista hyödynnettiin 2)

Heikkilän ym. (2008, 44) mukaan kehittämistyössä on syytä kiinnittää huomiota tietolähteiden valintaan. Tutkiva kehittäminen pohjautuu aikaisempaan tutkimustietoon, asiasta saatuihin käytännön kokemuksiin sekä ammattilaisten kokemus- ja hiljaiseen

tietoon. Tietolähteiden valinnassa oleellista on se, mihin kysymyksiin tai käytännön ongelmiin halutaan saada vastauksia. Kehittämistyössä tiedon kerääminen on tavoitteen saavuttamisen, eli onnistumisen välttämätön ehto (Heikkilä, ym. 2008, 109).

Tiedonhaun tuloksia koottiin tutkimustaulukkoon (Liite 1), jossa esitellään kehittämistyön kannalta tärkeimmät tutkimukset. Tutkimustaulukkoon on kerätty mm. tiedot tekijöistä ja tutkimuksen ajankohdasta, tutkimuksen nimi, millä menetelmällä tieto on kerätty ja ketä on tutkittu, sekä keskeisimmät tulokset. Tiedonhaun tulosten perusteella aloitettiin tietoperustan kirjoittaminen. Tiedonhaku tehtiin informaation avustuksella ja sillä pyrittiin huomioimaan kaikki keskeisimmät tutkimukset.

Kehittämistyön vaiheista suunnitteluvaihe on kaikkein tärkein, sillä onnistuneella suunnittelulla luodaan pohja koko hankkeen onnistumiselle. Hyvä suunnittelu helpottaa ajan, resurssien ja toimintojen asettamista tärkeysjärjestykseen. (Heikkilä ym. 2008, 90.)

4.3 Potilasoppaan suunnittelu

Toimeksiantaja esitti tuotoksen tekemiseen muutamia toiveita. Tuotoksesta haluttiin kattava opaslehtinen, jossa käsiteltäisiin leikkaukseen valmistautumista, toimenpidettä, sekä toipumista leikkauksesta. Erityisenä toiveena toimeksiantajalla oli, että oppaaseen tulee kuvia leikkauksen jälkeisestä oikeasta sängystä ylös nousutekniikasta. Nämä toiveet ohjasivat oppaan sisällön suunnittelua alusta asti. Tiivis yhteistyö jo suunnitteluvaiheessa toimeksiantajan, eli tilaajan, ja tekijöiden välillä mahdollistaa Heikkilän ym. (2008, 62) mukaan onnistumisen.

Jotta oppaasta tulisi mahdollisimman toimiva, tutustuttiin suunnitteluvaiheessa eri sairaaloiden vastaaviin potilasoppaisiin koskien keisarileikkausta. Nämä potilasoppaat ja -ohjeet saatiin osaksi sairaaloiden internet-sivuilta, lisäksi otettiin yhteyttä muutaman sairaalan naistentautien ja synnytysten osastonhoitajiin sähköpostitse ja pyydettiin lähettämään keisarileikkausoppaat. Eri sairaaloiden oppaita saatiin lopulta kymmenen tarkastelua varten: seitsemän sairaaloiden internet -sivuilta ja kolme postitse osastonhoitajien kautta (Liite 2).

4.3.1 Potilasoppaiden analysointivaihe

Oppaita tarkasteltiin systemaattisesti ja kriittisesti, minkä vuoksi arvioinnin tueksi haluttiin saada hyvä apuväline. Tässä vaiheessa tiedonhaulla löydettiin opinnäytetyö

(Hakala & Hakala, 2010), jossa oli käytetty Johanssonin ym. (2001) kehittämää analyysikehystä potilasoppaiden kehittämisessä. Samasta opinnäytetyöstä löydettiin lisäksi Doakin, Doakin ja Rootin (1996) kehittämä tarkastuslista hyvälle potilasoppaalle.

Kehittämistyössä tulisi hyödyntää jo olemassa olevaa tietoa, jolloin omaa toimintaa on mahdollista rakentaa aikaisemman tiedon varaan. Kun kaikkea ei tarvitse itse luoda, säästyy aikaa ja samalla tulosten luotettavuus lisääntyy. Tiedon hankinta on tavoitteellinen ja systemaattinen prosessi, joka edellyttää tiedon tarpeen tunnistamista, tiedon systemaattista keruuta, kerätyn tiedon arviointia kriittisesti ja tiedon soveltamista ja käyttöönottoa työn tavoitteen näkökulmasta tarkoituksenmukaisella tavalla. (Heikkilä, ym. 2008, 104.)

4.3.2 Potilasoppaiden analysointi

Potilasohjaus pontevasti paremmaksi -hankkeessa (Johansson ym. 2001, 6) kehitettiin potilasopetusta Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen, Turun ammattikorkeakoulun ja Turun yliopistollisen keskussairaalan yhteistyön tuloksena. Hankkeessa kehitettiin analyysikehys, joka toimii mittarina kirjallisten potilasohjeiden tarkasteluun. Mittarissa arvioidaan potilaan ohjaukseen kehitettyjä materiaaleja seitsemän eri hallinta-alueen kautta. Hallinta-alueet ovat bio-fysiologinen, toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, eettinen, tiedollinen, kokemuksellinen ja ekonominen. Lisäksi arvioidaan ohjeen ulkonäköä, kieltä, luettavuutta, ymmärrettävyyttä ja opetuksellisuutta.

Johanssonin ym. (2001, 6) mukaan biologis-fysiologinen hallinta-alue tarkoittaa, että potilas kokee hallinnan muodostuvan, kun hän tuntee terveydentilaansa vaikuttavan ongelman fyysiset oireet ja tuntemukset sekä omaa tietoa niistä. Potilas kokee hallitsevansa tilanteen kun hän tuntee oireet, tuntemukset ja komplikaatiot sekä kokee osaavansa toimia niiden kanssa.

Toiminnallinen hallinta-alue muodostuu siitä, että potilas pystyy aktiiviseen elämään ja suoriutumaan jokapäiväisestä elämästä. Tähän hallinta-alueeseen kuuluu potilaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa, sen sujumiseen ja siitä selviytymiseen. Tähän kytkeytyy myös tiedollinen hallinta-alue. Tiedollinen hallinta-alue muotoutuu siitä, kun potilas kokee omaavansa riittävästi tietoa, ymmärtää sen, pystyy hankkimaan sitä ja käyttämään uutta tietoa. Tiedolliseen hallinta-alueeseen kuuluu tieto sairaudesta, sen syistä, mekanismeista, tutkimuksista ja toimenpiteistä. (Johansson 2001, 6.)

Johanssonin (2001, 7) mukaan sosiaalis-yhteisöllinen hallinta-alue muodostuu siitä potilaan kokemuksesta, että hän pysyy oman sosiaalisen yhteisönsä jäsenenä. Lisäksi hoidollinen ympäristö ja sen sosiaaliset kontaktit koetaan tätä hallintaa tukevinä. Tämä tarkoittaa sitä, että jopa sairaalassa ollessaan potilas voi säilyttää omat sosiaaliset kontaktinsa ja hänen omaisensa huomioidaan myös hoidon aikana. Potilaan kyky hyödyntää aiempia kokemuksiaan muodostaa kokemuksellisen alueen hallinnan. Aiemmat kokemukset auttavat potilasta selviämään tilanteesta hyödyntämällä aiemmin koettuja tunteita, reaktioita ja tietoja mahdollisesta toiminnan etenemisestä.

Eettinen hallitseminen tarkoittaa Johanssonin ym. (2001, 7) mukaan sitä, että potilas arvostaa itseään ja potilaalla on oma arvoperusta. Tämä hallinta-alue ilmenee kunnioittamisena ja yksilöllisenä kohteluna, sekä itsemääräämisoikeuden huomioimisena. Se, että potilas tulee taloudellisesti toimeen ja on tietoinen erilaisista taloudellisista tuista, muodostaa ekonomisen hallinta-alueen.

Tässä kehittämistyössä potilasoppaiden analysointivaihe suoritettiin käyttämällä apuna Johanssonin ym. (2001) kehittämää analyysikehystä, jota oli mukailtu (Liite 3). Potilasoppaiden analysointi suoritettiin ensin erikseen, jonka jälkeen analyysin tulokset käytiin yhdessä läpi ja keskusteltiin mahdollisista eriävistä tuloksista. Lopulta yhdessä päädyttiin potilasoppaiden arviointitaulukon (Liite 3) mukaiseen analyysiin.

4.3.3 Analyysin tulokset

Analysoinnin tuloksena huomattiin, että lähes kaikissa ohjeissa oli selkeästi luettava kirjaintyyppi, kirjaisinkoko oli 12 tai suurempi, ja kirjaimet olivat pääasiassa pieniä. Oppaissa ei ollut sisältöä kuvaavia taulukoita tai kuvioita, joka saattaa johtua tilanpuutteesta sekä oppaiden sisällöstä (keisarileikkaus). Oppaiden teksti oli sisällöltään virheetöntä, mutta kirjoitusvirheitä löydettiin jokaisesta oppaasta. Vain yhdessä oppaassa kymmenestä oli suuressa määrin painotettavia sanoja korostettu (esim. lihavoiden, kursivoiden tai alleviivaten), muissa oppaissa vähäisissä määrin (3/10) tai ei ollenkaan (6/10).

Oppaiden opetuksellisuudessa oli hajontaa eri kriteereiden kohdalla. Neljässä kymmenestä oppaasta oli ilmoitettu, kenelle opas on tarkoitettu ja mikä on oppaan tarkoitus. Puolessa (5/10) oppaista ei kerrottu kenelle opas on suunnattu ja mikä sen tarkoitus on. Oppaissa oli kuvattu suuressa määrin (9/10), mitä potilaan pitää tehdä tavoitteen saavuttamiseksi, mutta ei perusteltu, miksi potilaan tulee näin toimia.

Oppaiden sisällössä ei käsitelty lainkaan kokemuksellista, eettistä, eikä ekonomista selviytymistä. Potilaan tiedollista selviytymistä oli käsitelty kahdeksassa kymmenestä oppaasta hyvin. Muita selviytymisen osa-alueita oli käsitelty vaihtelevasti.

Oppaissa pääasia erottuu selkeästi ja sisältö on esitetty johdonmukaisesti (9/10). Teksti on suuressa määrin ilman vierasperäisiä tai lääketieteellisiä ammattisanoja, mutta jos näitä löytyy, ovat ne selitetty vähäisessä määrin. Lisäksi lauseet ovat lyhyitä ja yksinkertaisia. Missään oppaassa ei ollut yhteenvetoa.

Analyysin tulos palvelee tuotoksen tekemistä hyvin. Analyysin tulosten pohjalta pystyttiin suunnittelemaan oman tuotoksen sisältöä, tarkentamaan ja rajaamaan kehittämistyön tietoperustaa ja sen vaatimaa tiedonhakua, lisäksi analyysillä saatiin yleiskäsitys hyvästä potilasoppaasta.

4.4 Potilasoppaan toteutus

Kehittämistyössä on hyvä hyödyntää ja olemassa olevaa tietoa, mutta työltä odotetaan aina, että sen tuloksena syntyy jotain uutta, esimerkiksi tuotoksena potilasopas. Tuotokselta odotetaan, että se on käytännönläheinen, tarpeellinen, hyödynnettävissä ja arvioitavissa. Tuottamisvaiheessa voidaan käyttää hyödyksi erilaisia menetelmiä tuotoksen aikaansaamiseksi. (Heikkilä, ym. 2008, 109.) Oppaan ensimmäinen versio tehtiin toimeksiantajan toiveiden, kirjallisuuskatsauksen sekä opasanalyysin pohjalta. Kehittämistyön toteutusvaihe on hankkeen varsinainen työskentelyvaihe, jossa luodaan hankkeen tulokset panemalla suunnitelmat käytäntöön, hakemalla ongelmiin ratkaisuja ja testaamalla ratkaisuja käytännössä (Heikkilä, ym. 2008, 103).

Oppaan otsikko oli aluksi opas suunniteltuun keisarileikkaukseen tulevalle potilalle, joka tuntui etäiseltä ja kylmältä. Seuraava otsikko oli opas suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttävälle äidille, mutta tämä otsikko oli liian samankaltainen muiden oppaiden kanssa. Lopulliseksi otsikoksi muodostui Opas synnyttäjälle: suunniteltu keisarileikkaus.

Oppaasta tulisi A5-kokoinen vihko. Tekstityypiksi valittiin Arial ja kooksi 16, jotta teksti erottuisi vihko-muodossa ja olisi helppolukuista ja asiallista, hyvän potilasohjeen teorian mukaisesti. Oppaaseen haluttiin sisällysluettelo sen pituuden vuoksi. Sisällysluettelo auttaa hahmottamaan oppaan rakennetta. Otsikot ja väliotsikot ovat mahdollisimman selkeitä, lyhyitä ja ytimekkäitä, jotta lukija tietää heti aloittaessaan lukemaan

kappaletta, mistä on kysymys ja voi halutessaan palata juuri tiettyyn kohtaan oppaasta.

Oppaan ensimmäisen version kuvat otettiin koulun simulaatioluokassa nukkeja apuna käyttäen, jotta saatiin muotoiltua mahdollisimman lähelle lopullista versiota olevan opas. Kuvilla pyrittiin selkeyttämään ja havainnollistamaan tekstiä.

Varsinaiseen oppaaseen haettiin valokuvauslupa johtajaylilääkäriltä. Valokuvaamiseen täytyi pyytää potilaan ja hänen tukihenkilönsä suostumus, joka tapahtui saatekirjeen (Liite 8) ja kuvauslupalomakkeen (Liite 9) avulla. Saatekirjeeseen ja suostumuslomakkeeseen otimme mallia tiedonhaulla löytämästämme opinnäytetyöstä (Henttu & Pohjanen, 2012).

Saatekirje ja suostumuslomake toimitettiin MKS:n äitiyspoliklinikalle ja synnytysvuo-deosastolle, jossa ne annettiin suunniteltuun keisarileikkaukseen tuleville potilaille. Yhteyshenkilönä toimiva kättilö ilmoitti, suostuvatko potilaat ja mikä on potilaan leikkauspäivämäärä. Ennen valokuvausta tilanne pyrittiin suunnittelemaan huolella. Oppaaseen haluttiin kuvia, jotka kertovat leikkauksesta ja kuvia etenkin vastasyntyneestä. Toiveena toimeksiantajalla olivat kuvat leikkauksen jälkeisestä potilaan oikeasta ylösnousutekniikasta ja vastasyntyneen ihokontaktista.

Lopulta yhteyshenkilönä toimiva kättilö soitti äitiyspoliklinikalta, että seuraavana päivänä leikattava äiti ja hänen tukihenkilönä toimiva puoliso ovat suostuneet kuvattavaksi. Leikkauksen päivänä perheen kanssa keskusteltiin kuvauksesta sekä kerrattiin saatekirjeessä jo mainitut asiat. Sovittiin, että perhe saa otetut kuvat, sekä osallistua oppaaseen tulevien kuvien valintaan halutessaan. Kuvia otettiin leikkaussalista, leikkauksen eri vaiheista, synnytyssalista vauvasta ja tukihenkilöstä sekä synnytysvuo-deosastolta vauvasta ja äidistä.

Kuvista pyrittiin valitsemaan selkeät ja tilannetta kunnioittavat. Valitut kuvat lähetettiin vielä hyväksyttäväksi kuvissa esiintyvälle perheelle. Ennen oppaan julkaisua johtajaylilääkäri tarkisti oppaan ja hyväksyi sen.

4.4.1 Kysely toimeksiantajalle

Oppaasta haluttiin toimiva työväline potilaan ohjaukseen, joten keisarileikkauspotilaan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalle tehtiin kysely, jolla he pystyivät kommentoimaan ja antamaan palautetta oppaasta. Kyselylomake (Liite 6) tehtiin pohjau-

tuen hyvän potilasoppaan tarkistuslistaan (Liite 4) (Doak, ym. 2001). Kyselyyn laitettiin avoimia kysymyksiä, sekä väittämiä, joita piti arvioida asteikolla 1-5. Vaihtoehto yksi (1) vastasi täysin eri mieltä ja vaihtoehto viisi (5) täysin samaa mieltä. Lisäksi tehtiin saatekirje (Liite 5), jolla pyrittiin motivoimaan työntekijöitä vastaamaan kyselyyn ja jossa esiteltiin opinnäytetyö ja sen tekijät.

Kysely toimitettiin MKS:n synnytysvuodeosastolle, synnytyssaliin, äitiyspoliklinikalle, leikkausosastolle, vastasyntyneiden teho-osastolle, sekä lisäksi lastenlääkärille, anestesiologille ja gynekologille. Lisäksi jaoimme osastoille useamman oppaan, joiden sivuille pyysimme työntekijöitä kirjoittamaan mielipiteitä, mieleen nousseita kysymyksiä ja mahdollisia epäkohtia.

4.4.2 Kyselyn palaute

Vastauksia saatiin 18 (mahdollisesta 40:stä). Vastauksista koottiin taulukko, johon laskettiin vastausten keskiarvo, kun asteikko oli 1-5 (Liite 7). Kyselyn pohjalta voitiin sanoa, että työntekijät olivat tyytyväisiä oppaan ensimmäiseen versioon. Kannen koettiin viittaavaan sisältöön ja lukijoihin (keskiarvo 4,5). Oppaan kirjaisintyyppi koettiin selkeäksi (keskiarvo 4,76) ja kirjaisinkoko riittäväksi (keskiarvo 4,76). Otsikoiden (keskiarvo 4,65) ja kappalejakojen (keskiarvo 4,65) koettiin selkeyttävän rakennetta. Oppaan koettiin olevan johdonmukainen (keskiarvo 4,5) ja sen koettiin huomioivan lukija kielellään (keskiarvo 4,53).

Parannettavaa oppaassa oli kommenttien myötä ulkoasu, joka voisi olla houkuttelevampi (keskiarvo 3,3). Lisäksi potilaalle tärkeimpiä tietoja voisi korostaa enemmän (keskiarvo 4,24) ja tekstissä koettiin olevan vielä ammattikieltä (keskiarvo 4,29), jota voisi vähentää.

Avoimilla kysymyksillä haluttiin tietää, puuttuuko oppaasta työntekijöiden mielestä jotain, mitä oppaaseen haluttaisiin lisätä sekä onko oppaassa liikaa asioita ja pitäisikö siitä poistaa jotain. Oppaaseen haluttiin lisää kuvia, ulkonäköä houkuttelevammaksi ja lisäksi ehdotettiin värien käyttämistä. Oppaaseen toivottiin lisättäväksi mm. se, että nimiehdotukset vauvalle tulee olla valmiina leikkaukseen tullessa ja maininta, että leikkaushaava saattaa olla myös pystyviilto. Loppuun toivottiin soittoaikoja puhelinnumeroiden yhteyteen. Muita ehdotuksia oppaan parantamiseen olivat mm. ihokontaktin kuvaaminen ja oman imetyskappaleen lisääminen. Näiden kommenttien ja kyselyn vastausten perusteella selkeytimme opasta ja tarkastimme muutamia sanavalintoja.

4.5 Kehittämistyön päättämis- ja arviointivaihe

Hankkeen päättäminen on yhtä olennaista, kuin siihen johtaneet prosessitkin. Päättämiseen kuuluvia toimintoja ovat: tuotoksen luovuttaminen asiakkaalle, asiakkaan hyväksynnän varmistaminen, dokumentoinnin saattaminen päätökseen, arviointi ja lopullisen raportin laatiminen. Hankkeen päättämisessä tärkeää on varmistaa, että kaikki luvatut tulokset ja tuotokset on tehty ja että ne on toimitettu toimeksiantajalle. Toimeksiantajan velvollisuus on varmistaa, tulos on asianmukainen ja että se hyväksytään. (Heikkilä, ym. 2008, 121.) Tämän kehittämistyön tuotosta, potilasopasta, toimeksiantaja arvioi kirjallisella palautteella toteutusvaiheessa ja toimeksiantaja pääsi näin osallistumaan oppaan kehittämiseen. Kehittämistyön, prosessin ja tuotoksen arviointi on tehty pohdintaosiossa kehittämistyön tekijöiden toimesta.

Kehittämistyön tuotos annettiin tarkastettavaksi ja hyväksyttäväksi MKS:n johtajaylilääkärille, sekä synnytysvuodeosaston osastonhoitajalle ja ylilääkärille. Tarkastuksen jälkeen tuotos luovutettiin toimeksiantajalle, joka vastaa sen toteuttamisesta ja painamisesta.

Loppuraportin kirjoittaminen on olennainen osa hankkeen päättämistä. Loppuraportti on tiivistelmä siitä, mitä ja millä resursseilla työtä on tehty, mitkä ovat työn tulokset, mitä hankkeessa opittiin, mikä toimi hyvin ja mitä kannattaisi vastaisuudessa tehdä toisin. (Heikkilä, ym. 2008, 122.)

5 POHDINTA

Tässä kehittämistyössä tarkoituksena oli tuottaa potilasopas keisarileikkauksella synnyttävälle äidille ja hänen perheelleen. Kehittämistyön tavoitteena oli antaa tietoa synnyttävälle äidille ja hänen perheelleen sekä antaa työväline henkilökunnalle ohjaukseen.

5.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Potilaan oikeudet on määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, päästä hoitoon, saada hoitoa, tutkimusta tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma, saada tietoa omasta hoidostaan ja terveydentilastaan, sekä itsemääräämisoikeus. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L1992/785.) Tämä laki ohjaa terveydenhuollossa ammattihenkilöiden sekä myös opiskelijoiden toimintaa ja on otettava huomioon myös opinnäytetyötä ja potilasopasta kirjoittaessa. Potilasopas on puolestaan keino potilaalle saada tietoa omasta hoidostaan ymmärrettävällä tavalla.

Terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet, joiden mukaan ohjaus sisältyy hoitotyöhön olennaisena osana. Potilaan itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus eivät toteudu, ellei potilas saa tarpeeksi tietoa valintojensa ja päätöstensä tueksi. Hyvä ammattitaito edellyttää kättilöltä hyviä ohjaustaitoja. (Eloranta & Virkki 2011, 12.) Lakien, säännösten ja eettisten periaatteiden takia on ohjaus olennainen ja tärkeä osa hoitotyötä ja sen tähden on potilasopaidenkin merkitys ja laatu tärkeää.

Lähdeaineistoja valitessa on hyvä perehtyä tiedonlähteen auktoriteettiin ja tunnettavuuteen, aineiston ikään, sekä lähteen uskottavuuteen. Varma valinta on valita tunnettu, asiantuntijaksi tunnustettu tekijä, sekä tuore, ajantasainen lähde. Oman alan kirjallisuuden ja ajantasaisten lähteiden käyttäminen on lukijoille keino tarkkailla kirjoittajan paneutumista asiaan ja kirjoittajalle keino osoittaa, että hän on aiheestaan perillä. Tutkimustiedon muuttuessa nykyään nopeasti on hyvä valita tuoreimmat tutkimukset ja julkaisut, jotka sisältävät myös aiempien tutkimusten ajan tasalla olevan tiedon. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72.) Tässä kehittämistyössä on käytetty lähteinä kättilötyön ja lääketieteen oppikirjoja, 2000-luvun alusta nykypäivään asti ulottuvia kotimaisia ja ulkomaisia artikkeleita ja tutkimuksia, sekä alan internet –sivustoja, ku-

ten terveysporttia ja käypähoito suosituksia. Tutkimukset ja artikkelit takaavat kehittämistyön luotettavuuden.

Plagioinnin välttämiseksi tulee tehdä selkeät lähdeviitteet. Mitä enemmän aiheeseen syvenny, sitä hämäämmäksi käy raja yleisesti tunnetun ja lähdeviitein merkattavan tiedon välillä. Tästä syystä olisi hyvä antaa opinnäytetyö luettavaksi säännöllisesti ohjaavalla opettajalla, sekä ennen seminaareja opponenteilla jotta he voivat osoittaa mahdolliset puuttuvat lähdeviitteet, sekä antaa ulkopuolisen ja tuoreen näkemyksen työhön. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.)

Tätä kehittämistyötä varten haettiin tutkimuslupa Mikkelin keskussairaalan johtajaylilääkäriltä. Lisäksi oppaan kuvia varten haettiin valokuvauslupa johtajaylilääkäriltä. Kuvia varten tehtiin suostumuslomakkeet ja saatekirjeet potilaille ja heidän perheilleen. Eettisiä periaatteita noudattaen potilaat saivat saatekirjeellä tietoa opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista ja lisäksi heille luvattiin, että he saavat osallistua kuvien valintaan ja saavat kuvat itselleen. Suostumuslomakkeista otettiin kopio, joista yksi osa annettiin kuvattavalle, alkuperäinen jäi potilaspapereihin ja viimeinen osa jäi kuvaajille.

Potilasoppaita arvioitaessa kumpikin luki ja arvioi analyysikehystä käyttäen oppaat yksin, minkä jälkeen arvioinnit käytiin yhdessä läpi. Jos poikkeavuuksia löytyi, niistä keskusteltiin ja päädyttiin yhteisymmärryksessä lopulliseen tulokseen (Liite 3). Analyysikehys ja sen käyttäminen käytiin ennen oppaiden lukemista huolella läpi, jotta sen käyttämisessä ei tule turhia näkemyseroja.

Palautekysely hoitohenkilökunnalle tehtiin hyvän potilasoppaan teoriaa ja Doakin ym. (2009) kehittämää potilasoppaan tarkastuslistaa mukaillen. Kyselyn mukaan liitettiin saatekirje, jolla annettiin tietoa opinnäytetyöstä, oppaasta ja kyselystä. Kyselyyn laitettiin suljettuja ja avoimia kysymyksiä, jotta saataisiin mahdollisimman paljon vastauksia ja osattaisiin arvioida oman tuotoksen toimivuutta. Palautekyselyyn vastasi kättilöitä, sairaanhoitajia, lastenhoitajia ja lääkäreitä, minkä avulla saatiin eri näkökulmat keisarileikkauksella synnyttäneen äidin hoidossa huomioitua. Palautetta saatiin 18 kappaletta. Palautteet koottiin ja niiden keskiarvot taulukoitiin (Liite 7), jotta pystyttiin arvioimaan tuotosta. Avointen kysymysten avulla saatiin vielä tarkempaa palautetta ja kehittämis ehdotuksia. Palautekyselyn avulla opasta selkeytettiin.

5.2 Kehittämistyöprosessin arviointi

Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa tehtiin SWOT-analyysi (Kuvio 2). SWOT-analyysissa tarkastellaan sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kautta kehittämistyötä. Sisäisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa ja ne ovat vahvuudet (S = strengths) ja heikkoudet (W = weaknesses). Hankkeen ympäristön tarjoamat mahdollisuudet (O = opportunities) ja uhat (T = threats) ovat ulkoisia tekijöitä, joihin ei itse juuri voida vaikuttaa. (Heikkilä, ym. 2008, 63.)

Kehittämistyön aikana vahvuuksista tärkeimmäksi koettiin mielenkiintoinen aihe, jonka saimme toimeksiantajalta. Lisäksi toimeksiantaja ja yhteyshenkilö olivat helposti saatavilla ja tuotoksesta saatiin paljon kehittävää palautetta. Heikkouksista suurimmaksi nousi työn laajuuden rajaaminen, joka koettiin haastavaksi. Haasteellista oli tehdä mahdollisimman kattava, mutta lyhyt ja ytimekäs tuotos, mikä näkyi tietoperustan työstämisessä. Työn rajaamisessa apua saatiin toimeksiantajalta sekä ohjaavalta opettajalta. Heikkoudeksi nousi lisäksi aikataulun noudattaminen. Työn tekeminen oli kausiluonteista ja alkuperäinen aikataulu venyi koulun kuormittavuuden ja harjoittelujen (ennalta tiedettyjen uhkien) takia. Toisaalta lisäkokemus harjoitteluista ja teoriaopinnoista toi uutta näkemystä ja vahvuutta tuotokseen. Etukäteen esiin nostetuista mahdollisuuksista toimivan potilasoppaan, tuotoksen, rakentaminen oli tärkein. Toimeksiantajalla ei vastaavaa tuotosta ollut, joten motivaatio tuotoksen tekemiseen ja siihen panostamiseen oli suuri.

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> • Mielenkiintoinen aihe • Yhteistyö toimeksiantajan kanssa • Osaava ohjaava opettaja • Huumorintaju 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteisen ajan löytäminen • Toimeksiantaja eri paikkakunnalla • Näkemyserot ryhmässä • Työn laajuuden rajaaminen
Mahdollisuudet	Uhat
<ul style="list-style-type: none"> • Oman osaamisen syventäminen • Toimivan potilasoppaan rakentaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniset ongelmat • Harjoittelut eri paikkakunnilla • Koulun kuormittavuus

Kuvio 2. SWOT-analyysi.

5.3 Tuotoksen arviointi

Tuotoksen, kirjallisen ohjausmateriaalin, laatu koostuu eri näkökulmista ja riippuu siitä, mitä kukin taho materiaaliilta odottaa. Kirjalliseen ohjausmateriaaliin kohdistuu erilaisia vaatimuksia, mm. toimeksiantajalta, materiaalin käyttäjiltä, potilailta ja potilasohjaajilta. (Lampinen & Matilainen 2005, 49.) Keisarileikkausoppaaseen vaatimuksia asettavat synnytysvuodeosaston, äitiyspoliklinikan ja synnytysosalin kättilöt, leikkaussalin sairaanhoitajat, sekä odottavat äidit perheineen ja Mikkelin keskussairaalan yleiset potilasoppaiden vaatimukset. Lisäksi on aina huomioitava myös lakien, säännösten, tutkimusten ja näyttöön perustuvan hoitotyön asettamat vaatimukset koskien laatua (Lampinen & Matilainen 2005, 49).

Tuotoksen työstäminen oli helppoa, sillä taustatyötä tehtiin lukemalla ja analysoimalla eri sairaaloiden potilasoppaita ja perehtymällä hyvän potilasoppaan ja -ohjauksen teoriaan. Lisäksi paneuduttiin keisarileikkaukseen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tämän kehittämistyön tuotoksessa, eli potilasoppaassa haluttiin määritellä käytetyt käsitteet ja välttää ammattisanastoa ja -käsitteitä, kuten Kyngäs, ym. (2007, 25) ja Kääriäinen (2007, 35) määrittelevät. Oppaasta tehtiin selkeä ja ymmärrettävä käyttämällä

lyhyitä virkkeitä, selittämällä käytetyt vierasperäiset tai ammattisanat ja pyrkimällä sijoittamaan pääasia ensimmäiseen virkkeeseen Kynkään ym. (2007, 124–126) kirjoittaman teorian mukaan.

Torkkolan (2002, 39) mukaan otsikko on ohjeen luettavuuden kannalta tärkein osa. Otsikoksi valittiin Opas synnyttäjälle – suunniteltu keisarileikkaus, jotta se puhuttelisi tulevaa äitiä. Otsikosta tulee selvitä, että opas koskee juuri tätä potilasta (Lampinen ja Matilainen 2005, 50). Elorannan ja Virkin (2011, 76) mukaan potilasoppaassa tulee olla tarpeeksi perusteluja, sillä pelkkä neuvominen ei auta toimimiseen innostamisessa. Perusteleminen myös selkeyttää ohjeita. Lisäksi Elorannan ja Virkin (2011, 75) mukaan oppaan selkeyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä sisällöltään hyvinkin ohje voi olla epäselvä, jos se ei ole looginen. Looginen järjestys voi tarkoittaa aika- tai tärkeysjärjestystä. Tämä opas on kirjoitettu kronologisessa järjestyksessä edeten valmistautumisesta itse toimenpiteeseen ja sen jälkeiseen aikaan.

Sisällön rajaamisessa jouduttiin pohtimaan potilaan kannalta tärkeimpiä asioita leikkaukseen valmistautumisessa, toimenpiteessä ja sen jälkeisessä hoidossa. Lampisen ja Matilaisen (2005, 50) mukaan sisällön rajaaminen on tärkeää, jotta potilas tuntisi lukiessaan tiedon olevan olennaista. Opinnäytetyön raportissa on käsitelty laajasti varhaista vuorovaikutusta ja imetystä keisarileikkauksen jälkeen, sillä ne koettiin tärkeänä osana kätilön työtä. Tuotoksessa varhaista vuorovaikutusta ja imetystä olisi voitu käsitellä enemmän, mutta haluttiin pitää huomio leikkauksen onnistumisen kannalta olennaisissa asioissa. Tuotoksessa käsitellään varhaista vuorovaikutusta ja sen merkitystä tukihenkilö kappaleessa. Seksuaalisuus on tärkeä osa naisen hoitotyötä, minkä takia seksuaalisuus ja ehkäisy haluttiin ottaa osaksi tuotosta, vaikka MKS:ssa jaetaan synnytyksen jälkeen opas, jossa käsitellään myös seksuaalisuutta.

Johanssonin ym. (2001) luoman analyysikehyksen avulla tässä kehittämistyössä analysoitiin eri sairaaloiden potilasoppaita ja analyysin avulla lähdettiin rakentamaan omaa potilasopasta. Analyysistä huomattiin, että omaan oppaaseen haluttiin sisällysluettelo selkeyttämään lukemista, mitä ei muissa potilasoppaissa ollut. Oppaaseen haluttiin merkitä selkeästi otsikon ja alun avulla, kelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Lisäksi oppaassa haluttiin kertoa, mitä potilaan tulisi tehdä perusteluiden kera tavoitteen (onnistuneen leikkauksen ja toipumisen kannalta) saavuttamiseksi. Perusteluja ei muiden sairaaloiden potilasoppaassa ollut. Omassa oppaassa haluttiin lisäksi korostaa tummennetulla tekstillä potilaalle tärkeimpiä asioita.

Opas vietiin toimeksiantajalle luettavaksi palautteen antamista varten. Palaute oli positiivista sisällön suhteen. Palaute antoi hyviä vihjeitä sanavalintoihin ja palautteen pohjalta kiinnitimme huomiota oppaan ulkoasuun kuvien suunnittelun ja tekstin asetelun kannalta. Palautteen ansiosta lisäsimme oppaaseen myös tärkeimpien yhteystietojen yhteyteen soittoaajat selkeyttämään mahdollisia yhteydenottoja. Kaiken kaikkiaan toimeksiantaja koki oppaan hyväksi ja hyvin potilaalle tietoa välittäväksi.

5.4 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa opiskelijaa ymmärtämään vastuunsa ammatillisesta kehittymisestään ja ammattialansa kehittämisestä (Opetussuunnitelma 2010). Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jossa on kehittämisen tuloksena syntynyt tuotos, potilasopas keisarileikkauksella synnyttävälle äidille. Kehittämistyön myötä tekijät ovat oppineet suunnitelman tekemistä, aikatauluttamista ja suunnitelman mukaista prosessityöskentelyä. Kehittämistyö on opettanut vastuullisuutta, sillä toimeksiantaja on tilannut työn. Työn tuotoksesta on pitänyt tehdä hyödyllinen apuväline potilaan ohjaukseen. Tuotoksen tulee vastata sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan toiveita ja odotuksia.

Tärkeä osa kehittämistyötä on tiedon hakeminen ja kokoaminen järjestelmällisesti (Opetussuunnitelma 2010). Työ on opettanut tiedon hakua eri lähteistä, näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä, lähdekritiikkiä ja lähteiden monipuolista käyttämistä. Lähteet ovat tärkeä osa työn luotettavuutta ja niiden oikeaoppinen merkitseminen takaa työn eettisyyden.

Ryhmätyöskentely on vaatinut sitoutumista ja kompromisseja. Työn aikana on pitänyt opetella perustelemaan mielipiteitä. Kumpikin tekijä on tuonut omat näkemyksensä ja vahvuutensa työhön, mikä on antanut tekijöille rohkeutta itsensä ilmaisuun. Kehittämistyö on vaatinut yhteydenpitoa ohjaavaan opettajaan ja toimeksiantajaan, mikä on parantanut viestintätaitoja. Tärkeä osa ammatillista kehittymistä on ollut palautteen pyytäminen, vastaanottaminen ja sen hyödyntäminen kehittämistyössä. Palautetta on saatu ohjaavalta opettajalta, toimeksiantajalta ja opponenteilta, mikä on ollut hyödyllistä ja antanut uusia näkökulmia työhön.

Tiedon hakeminen ja ryhmätyöskentely ovat vahvistaneet kätilötyössä vaadittavaa ammattitaitoa. Keisarileikkaus on toinen tapa synnyttää, joten kätilöllä tulee olla tietoa siitä. Tämän kehittämistyön myötä teoriatieto keisarileikkauksesta ja potilasohjauksesta on lisääntynyt.

5.5 Työn johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Kehittämistyön tuotos tulee Mikkelin keskussairaalan käyttöön ja siitä hyötyvät leikkausosasto, äitiyspoliklinikka, synnytyssali ja synnytysvuodeosasto sekä ennen kaikkea keisarileikkauksella synnyttävä äiti ja hänen perheensä. Rauchin, ym. (2012) tekemän tutkimuksen mukaan keisarinleikkauksella synnyttänyt masentuu useammin synnytyksen jälkeen, kuin alateitse synnyttänyt, mikä tulisi ottaa huomioon lapsivuodeosastolla annettavassa ohjauksessa, varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa ja mahdollistamisessa sekä myöhemmin neuvolassa. Vastaavaa opasta ei ole, mikä lisää oppaan uutuusarvoa ja merkitystä potilasohjauksessa.

Jatkossa opasta voisi kehittää pidemmällä aikavälillä potilailta saatujen palautteiden pohjalta. Lisäksi kätilötyön näkökulmasta keisarileikkausopas voisi sisältää enemmän tietoa ja kuvia imetyksestä ja varhaisesta vuorovaikutuksesta keisarileikkauksen jälkeen tai mahdollisesti olla niistä oma opas. Opas synnyttäjälle – suunniteltu keisarileikkaus voisi tulevaisuudessa olla saatavilla ESSHP:n internetsivuilla ja sen pohjalta voisi kehittää keisarileikkaussivustoa esimerkiksi tekemällä videon oppaasta.

Opasta voisi hyödyntää synnytysvalmennuksessa ohjauksen tukena. Lisäksi keisarileikkauksella synnyttävälle äideille ja perheille voitaisiin järjestää oma ryhmäohjauksena toteutettava synnytysvalmennus, jossa mahdollistetaan vertaistuen saaminen.

Kätilöt voivat hyödyntää opasta ohjauksen tukena, mutta heille voitaisiin kehittää tulevaisuudessa ohjausrunko yksilöohjausta varten. Ohjausrunko voisi olla esimerkiksi tarkistuslista, jonka mukaan ohjaustilanteessa edetään. Tarkistuslista mahdollistaisi yhtenäisen ohjauksen.

Kehitettävää oppaassa on tukihenkilön huomioimisessa. Tukihenkilölle voitaisiin tehdä oma opas keisarileikkauksesta. Siinä voitaisiin kertoa millainen rooli tukihenkilöllä on leikkauksessa sekä sen jälkeen, etenkin vastasyntyneelle ja äidin tukemisessa. Vaihtoehtoisesti voitaisiin tutkia tukihenkilön roolia keisarileikkauksessa ja varhaisen vuorovaikutuksen mahdollistamisessa. Edellä mainitut voisivat olla opinnäytetyön aiheita.

Kehittämistyön raportissa on tietoa keisarileikkauksesta sekä potilasohjauksesta, josta on etenkin kätilöopiskelijoille hyötyä tietoa etsiessä.

LÄHTEET

Arvela, O. 2004. Obeesin odottajan terveystäytyminen ja kokemuksia vastaanototoiminnasta. Teoksessa Hupli, M. (toim.) *Potilasohjauksen ulottuvuudet*. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Barrett, G., Peacock, J., Victor, C.R. & Manyonda, I. 2005. Cesarean Section and Postnatal Sexual Health. *Birth* 32:4 (12), 306–311.

Bernstein, SN., Matalon-Grazi, S. & Rosenn, BM. 2012. *Trial of labour versus repeat cesarean: are patients making an informed decision?* [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2.5.2013]. Saatavissa: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)00711-9/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)00711-9/fulltext).

Bildjuschkin K. & Ruuhilahti S. 2010. *Tietoa potilaalle: Raskaus ja seksi* [verkkojulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 23.8.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo93407&p_haku=seksuaalisuus.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Ensi-imetys synnytyssalissa. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. 2010. *Onnistunut imetys*. Tampere: Duodecim, 405–410.

Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Synnytystavan vaikutus imetykseen. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. 2010. *Onnistunut imetys*. Tampere: Duodecim, 412–415.

Doak, C., Doak, L. & Root, J. 1996. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Dodd, JM., Crowther, CA., Huertas, E., Guise, J-M., Horey, D., 2010. *Planned elective repeat cesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous cesarean birth*. London: The Cochrane Collaboration.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin 2012. *Virtuaaliopas synnyttämään tuleville* [verkkojulkaisu]. Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä [viitattu 6.1.2013] Saatavissa: http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=128&menupath=59,69,1911,128#128.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. 2009. *Keisarileikkauspotilaan hoitopolku* [ohje työntekijöille]. Mikkeli: Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Hakala, M. & Hakala, P. 2010. *Kirjallinen ohje potilaan tukena – Isotooppitutkimusten kirjallisten potilasohjeiden kehittämistyö Kuopion yliopistollisen sairaalan kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen yksikölle*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hakulinen-Viitanen, T., Lammi-Taskula, J., Ritvanen, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Pelkonen, M. & Rantamäki, R., 2012. *Meille tulee vauva – opaskirjanen* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 6.1.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/91b28f35-747e-43ac-9c11-e673c850cf79>.

Heikinheimo, O., Burrell, R., Kukkonen-Harjula, K., Niinimäki, M., Pennanen, P., Rekonen, S., Ritamo, M., Suhonen, S., Trujillo, L. & Venhola, M. 2013. *Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus* [viitattu 25.11.2013] saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi27050.pdf>.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. *Vauvamatkalla – opas odottajalle* [verkkojulkaisu]. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 20.1.2013]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,31485,31510,31512>.

Henttu, M. & Pohjanen, R. 2012. *Meidän vauvan syntymäpäivä – sähköisen potilasoppaan laatiminen suunniteltuun keisarileikkaukseen tuleville perheille*. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A. & Lundgren, I. 2011. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 40 (5), 532–543.

Horey, D., Weaver, J. & Russell, H. 2008. *Information for pregnant women about cesarean birth*. London: The Cochrane collaboration.

Hämäläinen, S., Jauhiainen, A. ja Janatuinen, A.L. 2010. Potilasohjauskoulutuksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) 2010. *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu.

Isokoski, S., Kaminski, T. & Rajaniemi, T. 2009 *Pieni mutta pippurinen* [verkkójulkaisu]. Finnanest [viitattu 8.5.2012]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/isokoski_kokkola.pdf.

Johansson, K., Lehtikunnas, T., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Ahonen, P., Elomaa, L., Iire, L., Moisander, M-L., Paltta, H., Pietilä, S. & Pulkkinen, M-L. 2001. *Potilasoptetus pontevasti paremmaksi – Potilasopetusta kehittävän hankkeen lähtökohdat ja perustietoa kartoitusvaiheen tuloksista*. Hoitotieteen julkaisusarja A:34. Turku.

Kaaja, R. 2012. Laskimotukoksen ehkäisy ja hoito raskauden aikana. *Suomen lääkelehti*. 32, 2138–2142.

Kaaja, R., Kivelä, R., Kukkonen-Harjula, K., Peränen, N., Rönnemaa, T., Saramies, J., Soukka, H., Tulokas, S. & Vääräsmäki, M. 2008. *Raskausdiabeteksen Käypä hoito-suositus* [verkkójulkaisu]. [Viitattu 2.5.2013.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50068>.

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K-G., Sjöling, M. & Hildingsson, I. 2007. Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. The association of Womens's health, obstetric and neonatal nurses. *JOGNN*. 36 (5) September/October, 430–440.

Kalliovalkama, E., 2001. *Isä keisarileikkaussynnytyksessä*. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J. & Gruen, R.L., 2011. *Non-clinical inter-ventions for reducing unnecessary cesarean sections*. London: The Cochrane Collaboration.

Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P. & Wenzl, R. 2009. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Women's Health*. 18 (8), 1227–1231.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. *Äitiysneuvolaopas suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Tampere: Terveystien ja hyvinvoinninlaitos.

Koskela, L-K. 2011. *Keisarileikkaus* [potilasohje]. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri [viitattu 6.1.2013]. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2794/4869>.

Koskela, H. & Salanterä S. 2008. Näytelmän käyttö potilaskeskeisen ohjauksen opimisessa. Teoksessa Montin, L. (toim.) 2008. *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koskinen, K. 2007. *Imetysohjaus*. Helsinki: Edita

Kostjukova, T. & Salanterä S. 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen. Teoksessa Montin, L. (toim.) 2008. *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen*. Oulu: Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala. Väitöskirja.

Kääriäinen, M. 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.). *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, 26–32.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 28.12.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Lampinen, M. & Matilainen, K. 2005. *Potilasohjausta kehittämässä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Montin, L. (toim.) 2008. *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

National Health Service Guidelines (NHSG). 2011. *Caesarean section*. London: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Opetussuunnitelma. Syksy 2010. *Kätilö (AMK)*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

Pallasmaa, N. 2009. Vakavat äitiyskomplikaatiot eri synnytystavoilla. *Kätilölehti* 2/2009.

Pawelec, M., Pietras, J., Karmowski, A., Palczynski, B., Karmowski, M. & Nowak, T. 2012. *Fear-driven cesarean section on request* [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2.5.2012]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23009005>.

Pietiläinen, S. 2012. Synnytyspelko. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Rausi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.). *Kätilötyö*. 2.-4. painos. Helsinki: Edita, 419–423.

Rauch, C., Beetz, A., Burger, P., Engel, A., Häberle, L., Fasching, PA., Kornhuber, J., Beckmann, MW., Goecke, TW. & Faschingbauer, F. 2012. *Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression* [verkkojulkaisu]. Arch Gynecol Obstet 9/2012: 286 (6) [viitattu 2.5.2013]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22847745>.

Rouhe, H., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2007. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset vuosina 1999–2005.

Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. *Keisarileikkauksen riskit*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2003:119.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 315–325.

Stoll, K.H. & Hall, W. 2012. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: Is there a connection? *The Journal of Perinatal Education*. 21 (4), 229–237.

Tarkka, M-T., Rantanen, A., Haussler, S. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Äitien kokemuksia suunnitellusta ja äkillisestä keisarileikkaussynnytyksestä. *Hoitotiede* 17 (6/05), 333–342.

Teramo, K. & Kaaja, R. 2011. Diabetes ja raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 507–516.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäväksi – Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uotila, J. 2012. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.). *Kätilötyö*. 2.-4. painos. Helsinki: Edita, 490–500.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2011a. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 460–467.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2011b. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 468–473.

Uotila, J., Tuimala, R., Huhtala, H. & Kirkinen, P. 2001. *Sikiön perätarjonta – elektiivinen keisarileikkaus vai alatiesynnytys*.

Velandia, M., Matthisen, A-S., Uvnäs-Moberg, K. & Nissen, E. 2010. Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *Birth*. 37 (3), 192–201.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori, E. & Gissler, M. 2013. *Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012* [verkkajulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 2.10.2013]. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110498/Tr24_13.pdf?sequence=4.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan työssä kehittyminen*. Helsinki: Edita.

Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. & Trevisanuto, D. 2010. Elective Cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 37 (4), 275–279)

Taulukko II. Lähdetutkimustaulukko

Tekijä/t, julkaisun nimi ja milloin julkaistu	Mitä tutkittu ja millä menetelmällä	Ketä tutkittu ja miten aineisto on kerätty	Tulokset
Rouhe, H., Halmesmäki, E., Saisto, T. 2007. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisari-leikkaukset vuosina 1999–2005.	Tutkittu synnytyspelon vuoksi tehtyjen keisarinleikkausten määrää vuosina 1999, 2003, 2004 ja 2005 HYKS:ssä ja muualla Suomessa 2005. Määrällinen tutkimus.	Tutkittu synnytyspelon vuoksi keisarinleikkauksessa olleita. Materiaali kerätty sairaaloiden käynti- ja synnytystilastoista ja potilasasiakirjoista.	Synnytyksistä 0,5–3,0% tehtiin keisarinleikkauksella synnytyspelon vuoksi HYKS:ssä ja koko Suomen alueella keskimäärin 1,0%. HYKS:n alueella nämä synnyttäjät olivat keskimäärin 34,4 vuotiaita ja 56,6% korkeasti koulutettuja.
Uotila, J., Tuimala, R., Huhtala, H., Kirkinen, P. 2001. Sikiön perätarjonta – elektiivinen keisarileikkaus vai alatiesynnytys?	Tutkittu TAYS:n täysiaikaiset yksisikiöiset perätarjontasynnytykset ajalta 1.1.1995–31.12.2000. Määrällinen tutkimus.	Tutkittu täysiaikaiset yksisikiöiset perätarjontasynnytykset ajalta 1.1.1995–31.12.2000, tieto kerätty TAYS:n potilasaineistosta.	Perätarjonnassa voidaan tutkimuksen mukaan suunnitella tapauskohtaisesti alatiesynnytystä, koska näyttöä elektiivisen keisarinleikkauksen paremmuudesta ei ole.
Bernstein, SN., Matalon-Grazi, S., Rosenn, BM. 2012. Trial of labour versus repeat cesarean: are patients making an informed decision?	Tutkittu 11/2010-7/2011 haastatteleamalla 155 äitiä, jotka ovat synnyttäneet aiemmin sektioilla. Laadullinen tutkimus.	Tutkittu aiemmin sektioilla synnyttäneitä äitejä ja heidän seuraavaa synnytystavan valintaa. Äidit voivat yrittää alateitse synnytystä sen sijaan, että suunniteltu sektio olisi ensisijainen valinta, eli alatiesynnytykselle ei ole varsinaisia esteitä näillä äideillä. Tutkittu heidän päätöksen tekoaan ja tietoa, jonka he saavat valintansa tueksi.	Synnytystavan valintaan vaikutti tiedon tarjoajan henkilökohtainen mielipide. Äideillä ei ole tarpeeksi tietoa riskeistä ja eduista valitsemastaan synnytystavasta. Vain muutama äiti valitse alatiesynnytyksen yrittämisen, jos tiedon tarjoaja suosi suunniteltua sektiota.

<p>Rauch, C., Beetz, A., Burger, P., Engel, A., Häberle, L., Fasching, PA., Kornhuber, J., Beckmann, MW., Goecke, TW., Faschingbauer, F. 2012. Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression.</p>	<p>Standardoitu kysely, jossa haastateltu 1100 naista alkaen 30:nnelta raskausviikolta, 48-72 h synnytyksestä sekä 6-8 kk kuluttua synnytyksestä. Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Tutkittu masennusta ennen ja jälkeen synnytyksen liittyen synnytystapaan masennusseulan avulla. Haastateltu 1100 äitiä standardoidulla kyselytutkimuksella ja masennusseulalla. Äidit jaettu neljään ryhmään: ensisynnyttäjät sektiolla, toissynnyttäjät sektiolla, spontaani synnytys ja avustettu alatisynnytys.</p>	<p>Yhteys synnytystavan ja masennuksen välillä löytyi vain yhdestä ryhmästä: sektiolla synnyttävä ensisynnyttäjä masentuu lapsivuodeaikana helpommin. Tämä olisi otettava huomioon suunniteltua sektiota suunniteltaessa.</p>
<p>Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J., Gruen, R.L., 2011. Non-clinical interventions for reducing unnecessary cesarean sections.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Tutkittu ei-kliinisten interventioiden vaikutusta, turvallisuutta ja merkitystä keisarileikkausten määrässä.</p>	<p>Tutkittu seuraavia tietokantoja: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care, Group Specialised Register, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, joista löydetty yhteensä 16 tutkimusta.</p>	<p>Sektio vähentää synnytyksen komplikaatioita, mutta sillä on suuria riskejä äidille ja vauvalle. Hoitajan pitämät synnytysvalmennus- ja rentoutumiskurssit vähentävät ei-välttämättömien keisarileikkausten määrää matalan riskin raskauksilla enemmän kuin potilasoppaat ja -lehtiset.</p>
<p>Kalliovalkama, E. 2002. Isä keisarileikkaussynnytyksessä. Pro Gradu tutkielma.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata miehen kokemuksia mukanaolostaan keisarileikkaussynnytyksessä.</p>	<p>Haastateltu avoimella haastattelulla 12 isää, joiden lapsi on syntynyt 2-5 päivää sitten keisarileikkauksella. Haastattelusta tehty sisällönanalyysi.</p>	<p>Päätös keisarileikkauksesta koettiin helpottavana. Mies tuli mukaan leikkaukseen tukemaan vaimoaan ja halusi olla läsnä lapsensa syntymässä.</p>

<p>Tarkka, M-T., Rantanen, A., Haussler, S. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Äitien kokemuksia suunnitellusta ja äkillisestä keisarileikkaussynnytyksestä.</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Tarkoituksena kuvata suunnitellulla ja äkillisellä keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien kokemuksia sekä synnytyskokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä.</p>	<p>Aineisto kerätty kahdesta yliopistollisesta sairaalasta kyselylomakkeilla. Suunnitellun osaston läpikäyneitä äitejä 107 ja äkillisen osaston 106.</p>	<p>Keisarileikkauksella synnyttäneiden äitien synnytyskokemus oli kohtalaisen myönteinen. Synnytyskokemukseen olivat yhteydessä valmistautuminen synnytykseen, tukihenkilön mukanaolo, sekä raskauden ajan komplikaatiot suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttäneillä.</p>
<p>Horey, D., Weaver, J. & Russell, H. 2008. Information for pregnant women about cesarean birth.</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Tutkittu keisarileikkauksesta annetun tiedon tehokkuutta.</p>	<p>Tieto kerätty seuraavista tietokannoista: Cochrane Pregnancy and Childbirth register, CENTRAL, MEDLINE ja Web of Science citation database. 1451 tapausta vastasi kriteereitä.</p>	<p>Odottajat tarvitsevat tietoa keisarileikkauksen jälkeisestä toipumisesta ja itse leikkauksesta, jotta pystyvät tekemään päätöksen. Naisten uskotaan tekevän tietoisia päätöksiä keisarileikkauksen lisääntyneen määrän takia, mutta tiedon antaminen ja alatiesynnytyksen suosiminen ei vaikuttanut keisarileikkauksen määrään.</p>
<p>Stoll, K.H. & Hall, W. 2012. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: Is there a connection?</p>	<p>Tutkittu yhteyttä synnytysvalmennukseen osallistumisen, ominaisuuksien (ikä, ammatti, koulutus, sääty), psykologisten tilojen (synnytyspelko, ahdistus) ja raskaudenaikaisten eriasteisten komplikaatioiden sekä imetyksen aloittamisen välillä. Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Tutkittu odottavia äitejä ja verrattu synnytyksen aikaisiin tietoihin. Tutkimus tehty kyselylomakkeiden avulla. Tutkittavia oli 624.</p>	<p>Raskauden aikaiset valmennukset ja ohjaukset voivat olla yksi apuväline vähentää keisarileikkauksia matalan riskin ensisynnyttäjiä.</p>

Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A. & Lundgren, I. 2011. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors.	Määrällinen tutkimus. Tutkittu synnytyspelkoa ja sen parantumiseen liittyviä tekijöitä.	Neljään kyselyyn vastasi 697 odottajaa kolmesta eri ruotsalaisesta sairaalasta. Kyselyt tehtiin keski- ja loppuraskauden aikaan, 2kk ja vuoden kuluttua syntymästä. Synnytyspelkoa mitattiin 3 kertaa.	Synnytysvalmennus tai suunniteltu keisarileikkaus ei tutkimuksen mukaan helpota synnytyspelkoa.
Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. & Trevisanuto, D. 2010. Elective Cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding?	Tutkittiin imetyksen onnistumista keisarileikkausten (suunniteltujen ja hätä-) ja alateitse syntyneillä vauvoilla synnytyksen jälkeen 6 ikäkuukauden asti. Määrällinen tutkimus.	Tutkimuksessa oli 398 suunnitellulla keisarileikkauksella syntynyttä vastasyntyntä, 279 hätäleikkauksella syntyntä, sekä 1496 alateitse syntyntä vauvaa.	Keisarileikkauksella syntyneiden vauvojen täysimetys oli vähäisempää kuin alateitse syntyneiden jo sairaalasta kotiutuessa, sekä 3 kk:n ja 6kk:n iässä.
Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P. & Wenzl, R. 2009. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth?	Tutkittiin, onko synnytystavalla vaikutusta seksuaalisiin toimintoihin 12 kk kuluttua synnytyksestä.	55 ensisynnyttäjää synnytti alateitse, 44 suunnitellulla keisarileikkauksella. Kysely toteutettiin FSFI-lomakkeella ja verrattiin ryhmien vastauksia.	Seksuaalisissa toiminnoissa ei ollut merkittäviä eroavaisuuksia kahden ryhmän välillä vuoden kuluttua synnytyksestä. Keisarileikatut naiset olivat vanhempia ja heidän BMI:nsa oli suurempi.
Dodd, JM., Crowther, CA., Huertas, E., Guise, J-M., Horey, D., 2010. Planned elective repeat cesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous cesarean birth.	Verrattu suunniteltua sektiota ja suunniteltua alatiesynnytystä naisilla, joille aiemmin tehty sektio. Verrattu sektiolle synnyttäneiden äitien ja lapsien tuloksia alatietse synnyttäneisiin äiteihin ja heidän lapsiin. Laadullinen tutkimus.	Tutkittu seuraavia tietokantoja: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trial Register (2004), Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed (1966-2004), päivitetty haku Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trial Register (2011) .	Aiemmin sektiolle synnyttäneillä äiteillä on kaksi vaihtoehtoa: synnyttää sektiolle itäi alateitse seuraava lapsi. Kummassakin tavassa on omat etunsa ja riskinsä, jotka on huomioitava.

<p>Velandia, M., Matthisen, A-S., Uvnäs-Moberg, K. & Nissen, E. 2010. Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section.</p>	<p>Tutkittu vanhempien ja vauvan välistä sanallista/äänellistä vuorovaikutusta ihokontaktissa välittömästi keisarileikkauksen jälkeen. Verrattu isän ja äidin ihokontaktin vaikutuksia.</p>	<p>Tutkittu 37 vastasyntyntä vanhempineen (uudelleensynnyttäjiä). Videoitu ja äänitetty ihokontaktia ja siinä tapahtuvaa vuorovaikutusta 30 minuutin ajan. Tutkittavat muutujat: vastasyntyneen itku ja kitinä, vanhempien toisilleen ja vauvalle suuntaamaa puhetta.</p>	<p>Välitön ihokontakti leikkauksen jälkeen parantaa vuorovaikutusta. Ihokontakti isän kanssa parantaa isän ja äidin kommunikaatiota, sekä rentouttaa ja rauhoittaa vauvaa enemmän kuin ihokontakti äidin kanssa.</p>
<p>Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. 2007. Skin-to-skin care with father after cesarean section and its effect on newborn crying and prefeeding behaviour.</p>	<p>Tutkittu isä-vastasyntynyt pareja keisarileikkauksen jälkeen ja ihokontaktin vaikutusta vastasyntyneen itkuun ja syöntiä ennakoiviin merkkeihin.</p>	<p>Tutkittu 29 isä-vastasyntynyt paria. Toiset isät pitivät vastasyntyntä ihokontaktissa, toiset vastasyntyneet olivat kehossa isän vieressä. Nauhoitettu vastasyntyneen itkun pituutta ja pisteytetty vastasyntyntä NBAS-asteikon perusteella.</p>	<p>Ihokontaktissa olleet vauvat olivat rauhallisempia, itkivät vähemmän ja alkoivat aiemmin antaa merkkejä nälästään, lisäksi heillä käynnistyi imemisrefleksi aiemmin.</p>
<p>Barrett, G., Peacock, J., Victor, C.R. & Manyonda, I. 2005. Cesarean section and Postnatal Sexual Health</p>	<p>796 ensisynnyttäjää haastateltiin kyselylomakkeella 6 kk synnytyksen jälkeen. Synnytyksestä koottiin tiedot sairaalan tietokannasta.</p>	<p>Tutkittu ensisynnyttäjiä ja synnytystavan vaikutusta seksuaaliseen toimintaan 3 kk ja 6 kk synnytyksen jälkeen.</p>	<p>Sektiolla synnyttäneillä äideillä ei ollut 3 kk synnytyksestä dyspareuniaa. Eroja ei ollut 6 kk:n kohdalla. Yhdyntää yritettiin synnytystavasta riippumatta samoihin aikoihin, 80 % sekä keisarileikkauksella, että alateitse synnyttäneistä kokeilivat yhdyntää alle 3 kk synnytyksestä.</p>

<p>Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K-G., Sjöling, M. & Hildingsson, I. 2007. Postoperative Pain after Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care</p>	<p>Tutkittiin leikkauksen jälkeisen kivun vaikutusta imetykseen ja vauvan hoitoon.</p>	<p>Tutkittiin 60 keisari-leikkauksella synnyttäneitä äitiä kyselylomakkeella. Kipua mitattiin VAS-asteikolla. Synnytyskokemusta mitattiin kyselyllä, joka oli Likertin asteikolla.</p>	<p>Leikkauksen jälkeinen kipu vaikutti negatiivisesti imetykseen ja vauvan hoitoon. Yksilölliseen kivunlievitykseen ja kivun seuraamiseen tulisi käyttää aikaa.</p>
--	--	--	---

Taulukko III. Tarkastellut potilasoppaat ja niiden lyhenteet.

Oppaat	Tyyppi	Huomioitavaa
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/ Kuopio= K	Vihko	Paperiversio
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri/ Oulu=O	Vihko	Sähköinen versio. Tehty opinnäytetyönä.
Keski-Pohjanmaa/ Kokkola=KP	A4	Sähköinen versio. Valmistautumis- ja hoito-ohje erikseen.
Pohjois-Karjala/ Joensuu=J	Vihko	Sähköinen versio
Vaasan sairaanhoitopiiri/ Vaasa=V	A4, lyhyt ohje	Sähköinen versio. Valmistautumis- ja hoito-ohje erikseen.
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri/ Lappeenranta=L	A4	Sähköinen versio. Valmistautumis- ja hoito-ohje erikseen.
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/ Turku= T	A4	Sähköinen versio.
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri/ Tampere= TA	Vihko + 2x A4	Paperiversio. Saat postitse! Vihko ja kaksi kotihoito-ohjetta

Uudenmaan sairaanhoitopiiri/ Hyvinkää=H	A4x3	Sähköinen versio. Valmistautuminen ja kotihoito-ohje erikseen!
Lapin sairaanhoitopiiri/ Rova- niemi=LA	Vihko	Paperinen versio. Saatu postitse! Useampi vihko: leikkaus, kivun- hoito, seksuaali- suus sekä haa- vanhoito-ohje

Taulukko IV. Potilasoppaiden arviointitaulukko.

ULKOASU Kirjallisen potilasohjeen	Kyllä (90-100%)	Suuresta määrin (50-90%)	Vähäisessä määrin (10-50%)	Ei (0-10%)
1. on selkeästi luettava kirjasintyyppi (esim. Times New Roman, Arial)	K,O,KP,J,V,L,T,H,LA	TA		
2. kirjasinkoko (fontti) on 12 tai suurempi	K,KP,J,V,L,T,TA,H,LA,O			
3. kirjaimet ovat ääsiassa pieniä (EI ISOJA)	K,O,KP,J,V,L,T,TA,H,LA			
4. painotettavat sanat on <i>kursivoitu</i> , lihavoitu , harvennettu, <u>alleviivattu</u> tai kirjasinta on muutettu		KP	L,T,LA	K,O,J,V,TA,H
5. kappalejako on selkeä	KP,J,V,TA,H,O,L,T	K,LA		
6. otsikot ja väliotsikot ovat selviä ja tiedottavia	L,KP	J,TA	K,O,T,V,H,LA	
7. teksti on virheetöntä		K,O,KP,J,V,L,T,H,LA,TA		
8. on sisältöä kuvaavia kuvioita/taulukoita				K,O,KP,J,V,L,T,TA,H,LA

9. on visuaalisesti selkeät kuviot/taulukot				K,O,KP,J,V,L,T,TA,H,LA
OPETUKSELLISUUS				
10. ilmoitettu, kenelle ohje on tarkoitettu	J,TA,H,LA	O		K,V,L,T,KP
11. kuvattu, mikä on ohjeen tarkoitus	J,TA,H,LA	O		K,KP,V,L,T
12. esimerkkejä, jotka selkeyttävät opetettavaa asiaa	KP	LA	J,L,T,TA,H,K, O	V
13. kuvattu, miten potilaan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi	KP	K,O,J,V,L,T,TA, H,LA		
14. kuvattu, miten hoidon onnistumista seurataan (esim. kontrolliajat)		TA,O,LA	KP,H	V,L,K,T,J
15. kerrottu, mihin potilas voi ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi/ongelmien esiintyessä	K,L,TA,H	LA	O,KP,V	J,T
16. keskitytty esittämään sisältö pääkohdittain	KP,L,H	K,J,T,TA,LA	V,O	

SISÄLTÖ sisällössä käsitel- lään				
17. potilaan selviytymistä bio-fysiologisista ongelmistaan (esim. kivusta ja haavanhoidosta)	K,TA,LA	J	KP,L,T,H,O	V
18. potilaan toiminnallista selviytymistä (esim. liikkumista tai apuvälineiden hankkimista)	LA	TA	K,O,KP,J,H	V,L,T
19. potilaan tiedollista selviytymistä (esim. mikä sairaus/hoito/tutkimus on kyseessä)	K,O,KP,J,T,TA,H,L A		V,L	
20. potilaan sosiaalisuhteisöllistä selviytymistä (esim. omaisten tai tukihenkilön tukeminen)		K,O,T,TA,LA	KP,J	V,L,H
21. potilaan kokemuksellista selviytymistä (esim. pelkojen tunnistamista, aikaisempien kokemusten hyödyntämistä)				KP,J,V,L,T,H,O,K,TA,LA

22. potilaan eettistä selvitymistä (esim. elämäntavan/oikeuksien huomiointi)				K,O,KP,J,V,L,T,TA,H,LA
23. potilaan ekonomista selviytymistä (esim. etuisuus- ja palvelumahdollisuudet, taloudellisuus hoidoissa/tutkimuksissa)				K,O,KP,J,V,L,T,TA,H,LA
KIELI JA RAKENNE Kirjallisen potilasohjeen				
24. teksti on sävyllään neuvo-va/ohjaava		O,KP,J,TA,H,LA	V,L,T,K	
25. alussa tai lopussa on yhteenveto sisällöstä		J		K,O,KP,V,L,T,TA,H,LA
26. teksti on kirjoitettu aktiivimuodossa		K,O,KP,T,TA,LA	J,V,L	H
27. pääasia erottuu selvästi	KP,J,V,L,TA,H	T	K,O,LA	
28. sisältö on esitetty johdonmukaisesti	K,O,KP,J,V,L,T,H,LA	TA		
29. teksti on ilman lääketieteellisiä/vierasperiäisiä/ammattisanoja		K,O,KP,J,V,L,T,TA,LA		

30. tekstissä olevat lääketieteelliset/vierasperäiset/ammattisanat on määritelty			K,O,KP,J,V,L,T,TA,H,LA	
31. lauseet ovat lyhyitä ja yksinkertaisia (maksimissaan 20/lause)	K,O,KP,J,V,L,T,TA,H,LA			

Taulukko V. Potilasoppaan tarkistuslista mukaillen Doak, Doak ja Rootia (1996).

Potilasoppaan tarkistuslista
Rakenne.
Kansi on viehättävä ja viittaa ydinsisältöön sekä lukijoihin.
Haluttuja elämänmuutoksia on korostettu. "Täytyy tietää"-tietoja on korostettu.
Vain kolme tai neljä pääkohtaa on esitetty.
Rakennetta on selkeytetty otsikoilla ja yhteenvedoilla
Oppaassa on yhteenveto, joka korostaa tärkeimpiä asioita, jotka potilaan täytyy tehdä.
Kirjoitustyyli
Teksti on puhuttelevaa ja aktiivista.
Tekstissä on vähän tai ei ollenkaan ammattikieltä.
Teksti on elävää ja mielenkiintoista. Sävy on ystävällistä.
Ulkoasu
Sivut tai kappaleet ovat selkeitä. Tyhjää tilaa on myös.
Pääasiassa käytetty pieniä kirjaimia. Isoja käytetään vain, kun kielioppi vaatii sitä.
Tekstin ja paperin välillä on suuri kontrasti.
Kirjainkoko 12 ja tyyppi on selkeä, ei tyyllitetyjä kirjaintyypppejä.
Mahdollinen kuvitus on selkeää, mieluiten viiva piirroksia.
Kuvitus vahvistaa tekstin sanomaa.
Vetoavuus
Materiaali huomioi iän, kulttuurin ja sukupuolen.
Materiaali kohtaa kohderyhmän kielellään ja logiikallaan.
Materiaali kutsuu vuorovaikutukseen kysymyksillä, ehdotuksilla ja vastauksilla.

Hyvä hoitoalan/lääketieteen ammattilainen!

Olemme kolmannen vuoden kättilöopiskelijoita Savonia ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönämme **oppaan suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttävälle äidille** Mikkelin keskussairaalaan.

Oppaan tarkoituksena on tuottaa tietoa keisarileikkaukseen tulevalle potilaalle ja hänen perheelleen. Jotta onnistuisimme luomaan hoitohenkilökunnalle hyvän työvälineen ohjauksen tueksi, tarvitsemme eri ammattilaisten, mukaan lukien teidän asiantuntijuuttanne. Pyydämme teitä ystävällisesti lukemaan oppaan ja antamaan meille palautetta kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta oppaan kehittämisen kannalta meidän olisi tärkeää saada myös teidän palautteenne.

Voitte lisäksi tehdä kommentteja, ehdotuksia, alleviivauksia, jne. **oppaan sivuille!**

Huomaattehan, että oppaassa olevat kuvat ovat vain suuntaa-antavia ja otettu kouluolosuhteissa! Lopullinen versio oppaasta sisältää kuvia oikeista potilastilanteista, joita emme vielä ensimmäiseen versioon saaneet.

Kyselylomakkeen tarkoituksena on saada moniammatilliset näkökulmat huomioitua sekä parantaa oppaan sisältöä ennen kuin pilotoimme sen kohderyhmällä, eli keisarileikkauksella synnyttävillä äideillä, syksyllä 2013.

Palautattehan kyselylomakkeen sekä oppaan **osasto 22:n vauvalan kansliaan** oheisessa kirjekuoressa mahdollisimman pian, mutta **viimeistään 23.6. mennessä!**

Kiitos palautteestanne!

Ystävällisesti

Emmi Kuitunen ja Saara Eerola

Kättilöopiskelijat, TK10S

Savonia ammattikorkeakoulu

Ohjaaja Päivi Hoffrén

Kättilötyön lehtori

paivi.hoffren@savonia.fi

Opas suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttävälle äidille – kyselylomake henkilökunnalle.

Valitkaa mielestänne sopivin vaihtoehto, asteikolla: 1=täysin eri mieltä – 5=täysin samaa mieltä.

Kansi viittaa ydinsisältöön sekä lukijoihin.	1	2	3	4	5
Ohjeen ulkoasu on houkutteleva.	1	2	3	4	5
Kirjasintyyppi on selkeä.	1	2	3	4	5
Kirjasinkoko on riittävä.	1	2	3	4	5
Otsikot selkeyttävät rakennetta.	1	2	3	4	5
Kappalejaot selkeyttävät rakennetta.	1	2	3	4	5
Tekstissä on vain vähän ammattikieltä.	1	2	3	4	5
Teksti on puhuttelevaa ja aktiivista.	1	2	3	4	5
Opas huomioi lukijan kielellään.	1	2	3	4	5
Opas on johdonmukainen.	1	2	3	4	5
Sisältö on laajuudeltaan sopiva.	1	2	3	4	5
Sisältö on tiedollisesti oikein.	1	2	3	4	5
Potilaalle tärkeimpiä tietoja on korostettu.	1	2	3	4	5

Puuttuuko oppaasta mielestänne jotain? Mitä haluaisitte lisätä oppaaseen? Onko joku asia selitetty liian suppeasti?

Onko oppaassa mielestänne liikaa asioita? Mitä poistaisitte oppaasta? Onko joku asia selitetty liian laajasti?

Otamme ilolla vastaan kaikkia parannusehdotuksia, joten jätättehan omanne tähän!

Kiitos vastauksistanne!

Emmi Kuitunen ja Saara Eerola TK10S

3. vuoden kätilöopiskelijat

Savonia ammattikorkeakoulu

Taulukko VI. Kyselylomakkeen vastausten keskiarvot

Kansi viittaa ydinsisältöön sekä lukijoihin.	4,5
Ohjeen ulkoasu on houkutteleva.	3,3
Kirjasintyyppi on selkeä.	4,76
Kirjasinkoko on riittävä.	4,76
Otsikot selkeyttävät rakennetta.	4,65
Kappalejaot selkeyttävät rakennetta.	4,65
Tekstissä on vain vähän ammattikieltä.	4,24
Teksti on puhuttelevaa ja aktiivista.	4,29
Opas huomioi lukijan kielellään.	4,53
Opas on johdonmukainen.	4,5
Sisältö on laajuudeltaan sopiva.	4,47
Sisältö on tiedollisesti oikein.	4,47
Potilaalle tärkeimpiä tietoja on korostettu.	4,33

Hei!

Olemme kaksi neljännen vuoden kättilöopiskelijaa Savonia ammattikorkeakoulusta, Kuopiosta. Opinnäytetyönämme teemme oppaan suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttävälle äidille. Oppaan tarkoituksena on tuottaa tietoa keisarileikkauksesta äidille sekä perheelle. Opas tulee sisältämään tietoa ja kuvia keisarileikkauksesta, siihen valmistautumisesta sekä leikkauksesta toipumisesta. Opas tulee myös Mikkelin keskussairaalan työntekijöiden käyttöön ohjaamisen apuvälineeksi.

Opastamme varten tarvitsemme kuvia erilaisista tilanteista leikkauspäivän ajalta. Kuvat tulevat olemaan yleisluontoisia kuvia ja kuvia perheen hoidosta osastolta, leikkaussalista ja heräämöstä sekä vauvan hoidosta synnytysvuodesosastolta (osasto 22:lta). Tarkoituksenamme on siis kuvata tapahtumia leikkauspäivän ajalta. Kuvien ottamisessa sekä kuvakulmien valinnoissa otetaan huomioon intimiteetin säilyminen ja synnyttäjän kunnioittaminen. Teidän ja lapsenne nimiä ei mainita kuvien eikä oppaan tekstin yhteydessä. Teillä on halutessanne mahdollisuus nähdä kuvaamamme kuvat ja osallistua kuvien valitsemiseen. Lisäksi saatte myös itsellenne kuvaamamme kuvat.

Teille on varattu aika suunniteltuun keisarileikkaukseen, ja pyydämme lupaa kuvata Teitä, synnyttäjää, sekä tukihenkilöä leikkausta ennen, sen aikana ja sen jälkeen. Lisäksi pyydämme lupaa kuvata vastasyntynyttä syntymän jälkeen. Teidän on hyvä tietää, että pyydämme suostumuksen kuvaamiseen useammalta perheeltä, sillä aina sovittu leikkauspäivä ei toteudu. Joten vaikka pyydämme lupaa kuvaamiseen, emme välttämättä tule kuvaamaan juuri teidän leikkausta. Toimimme itse kuvaajina. Kuvaustilanteessa meitä koskee salassapitovelvollisuus, eikä kuvia käytetä muuhun kuin kyseiseen tarkoitukseen. Kuvat ovat olennainen osa opastamme, ja ne parantavat työmme ulkoasua ja auttavat perheitä leikkaukseen valmistautumisessa.

Allekirjoittamalla suostumuslomakkeen annatte suostumuksen kuvaamiseen, sekä kuvien käyttämiseen oppaassamme.

Kiitos korvaamattomasta avustanne!

Emmi Kuitunen

emmi.k.kuitunen@edu.savonia.fi

044 3503566

Opinnäytetyön ohjaava opettaja

Päivi Hoffrén

paivi.hoffren@savonia.fi, p.044 7856474

Saara Eerola

saara.k.eerola@edu.savonia.fi

044 3364362

SUOSTUMUS

Olen saanut tietoa opinnäytetyönä tehtävästä oppaasta, joka käsittelee suunniteltua keisarileikkausta. Lisäksi olen lukenut siitä kertovan saatekirjeen. Oppaaseen tulevat kuvat käsittelevät suunniteltua keisarileikkausta, siihen valmistautumista ja leikkauksesta toipumista.

Olen tietoinen siitä, ettei minun eikä lapseni nimet tule selville oppaan kuvissa. Olen myös tietoinen siitä, että välttämättä leikkausta ei tulla kuvaamaan lainkaan aikataulujen poike-
tessa tai mikäli oppaan tekijät ovat jo saaneet kuvaukset suoritettua. Opas toimii ohjausvä-
lineenä suunniteltuun keisarileikkaukseen tuleville perheille.

Annan luvan kuvata itseäni ja lastani opinnäytetyönä tehtävään oppaaseen keisarileik-
kauksella synnyttävälle äidille.

_____ / ____ 20____

paikka aika

Synnyttäjän allekirjoitus ja nimenselvennys

SUOSTUMUS

Olen saanut tietoa opinnäytetyönä tehtävästä oppaasta, joka käsittelee suunniteltua keisarileikkausta. Lisäksi olen lukenut siitä kertovan saatekirjeen. Oppaaseen tulevat kuvat käsittelevät suunniteltua keisarileikkausta, siihen valmistautumista ja leikkauksesta toipumista.

Olen tietoinen siitä, ettei minun nimeni tule selville oppaan kuvissa. Olen myös tietoinen siitä, että välttämättä leikkausta ei tulla kuvaamaan lainkaan aikataulujen poiketessa tai mikäli oppaan tekijät ovat jo saaneet kuvaukset suoritettua. Opas toimii ohjausvälineenä suunniteltuun keisarileikkaukseen tuleville perheille.

Annan luvan kuvata itseäni opinnäytetyönä tehtävään oppaaseen keisarileikkauksella synnyttävälle äidille.

_____ / ____ 20____

paikka aika

Tukihenkilön allekirjoitus ja nimenselvennys

OPAS SYNNYTTÄJÄLLE: SUUNNITeltu KEISARILEIKKAUS



Tämä opas on tarkoitettu Sinulle, joka synnytät keisarileikkauksella. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa leikkauksesta Sinulle ja perheellesi, jotta voisitte valmistautua uuden perheenjäsenen vastaanottamiseen.

YLEISTÄ KEISARILEIKKAUKSESTA

Keisarileikkauksella syntyy vuosittain 16 % vastasyntyneistä. Keisarileikkauksessa vatsanpeitteet avataan ja sikiö avustetaan ulos kohtuun tehtävästä viillosta.

Syitä keisarileikkaukselle voivat olla esimerkiksi: sikiön perätila, ahdas lantio, sikiön ja lantion välinen epäsuhta, synnytyspelko, aikaisempi keisarileikkaus tai istukan heikko toiminta.

Keisarileikkaus on yhtä oikea synnytys kuin alatiesynnytyskin, eikä se vaikuta äitiyteen tai äiti-lapsisuhteen muodostumiseen.

Jos tulet kipeäksi leikkausta edeltävinä päivinä, ota yhteys synnytyssaliin puh: 015 351 2251

Jos tunnet kipeitä supistuksia tai epäilet lapsiveden menneen ennen suunniteltua leikkausajankohtaa:

- **lähde synnytyssaliin**
- **ilmoita matkalla tulostasi puh: 015 351 2251**

Muistathan ottaa neuvolakortin mukaan ja olla ravinnotta!

1. VALMISTAUTUMINEN KEISARILEIKKAUKSEEN	4
1.1 Äitiyspoliklinikalla	4
1.2 Kotona	5
1.3 Leikkausosastolla	6
2. KEISARILEIKKAUS	7
2.1 Puudutus	8
2.2 Vauvan syntymä	8
2.3 Tukihenkilön mukanaolo	9
2.4 Heräämö	11
3. TOIPUMINEN LEIKKAUKSESTA	12
3.1 Osasto 22	12
3.2 Kivunhoito	13
3.3 Liikkuminen	14
3.4 Haavanhoito	16
3.5 Seksuaalisuus ja ehkäisy	17
Yhteystiedot	19

1. VALMISTAUTUMINEN KEISARILEIKKAUKSEEN

1.1 Äitiyspoliklinikalla

Leikkausta edeltävänä päivänä tai muuna aiemmin sovittuna ajankohtana käyt äitiyspoliklinikalla ja laboratoriossa. Laboratoriossa sinulta otetaan verikokeita leikkausta varten. Verikokeita varten ei tarvitse olla syömättä tai juomatta.

Äitiyspoliklinikalla lääkäri tutkii sinut, sikiön vointi tarkistetaan sydänäänikäyrän avulla, annat virtsanäytteen ja sinulta otetaan verenpaine.

Kätilö haastattelee sinut leikkausta varten ja täyttää esitietosi anestesiakaavakkeelle. Jos sinulla on lääkitystä vaativa perussairaus, saat samalla ohjeet leikkauspäivän aamuna otettavista lääkkeistä.

Kätilö antaa sinulle vatsantoimitusta varten kotiin kaksi peräruisketta ja ohjaa niiden käytön.

1.2 Kotona

Leikkausta edeltävänä päivänä:

- Vältä raskaita sekä jyviä tai siemeniä sisältäviä ruokia, sillä ne sulavat hitaasti.
- Saat syödä normaalisti klo 16.00 asti, jonka jälkeen olisi suotavaa nauttia vain nestemäistä ja kevyttä välipalaa (esim. jogurttia ja mehukeittoa).
- Klo 02.00 alkaen ole täysin syömättä ja juomatta, sekä tupakoimatta. Saat tarvittaessa kostuttaa suuta pienellä vesimäärällä. (Tarkoituksena on ennaltaehkäistä vatsan eritteiden nouseminen hengitysteihin leikkauksen aikana.)
- Tee vatsantoimitus kätilön ohjeen mukaan.
- Käy kokovartalosuihkussa.
- Ota pois kaikki korut, myös lävistyskorut, ennen leikkausta.
- Jätä arvoesineet kotiin, sillä sairaala ei vastaa niistä.
- Poista kynsilakka kotona, jotta se ei vaikeuta veren happipitoisuuden mittaamista sormen päästä leikkauksen aikana.
- Poista meikit ennen leikkaukseen menoa.
- Poista piilolinssit ennen leikkausta, silmälasit voit ottaa mukaan leikkaussaliin.

Leikkausosaston hoitaja soittaa sinulle vielä leikkausta edeltävänä iltapäivänä ja käy läpi leikkaukseen valmistautumista sekä leikkausta.

Muistathan ottaa neuvolakortin mukaan sairaalaan!

Vauvalle on oltava nimiehdotukset valmiina ennen leikkausta.

1.3 Leikkausosastolla

Sinun tulee saapua leikkausaamuna klo _____ leikkausosastolle 3. kerrokseen. Leikkausta varten saat avopaidan sekä tukisukat. Tukisukat ehkäisevät syviä laskimotukoksia leikkauksen aikana ja jälkeen. Tukisukkia pidetään ainakin niin kauan, kunnes pystyt liikkumaan itsenäisesti.

Kätilö tarkistaa sikiön voinnin sydänäänikäyrällä sekä varmistaa sikiön asennon.

Kätilö poistaa sinulta ihokarvat leikkausalueelta leikkausaamuna. Älä poista ihokarvoja itse kotona, sillä se lisää tulehdusriskiä.

Juuri ennen leikkaussaliin menoa sinulle annetaan esilääke, sekä mahalaukun sisältöä neutralisoiva lääkeliuos suun kautta; liuos ei vaikuta syntyvän lapsen vointiin.

2. KEISARILEIKKAUS



Leikkauksen ajan sinun vointiasi seurataan erilaisilla valvontalaitteilla, kuten käsivarteen laitettavalla verenpainemittarilla, veren happipitoisuusmittarilla ja ekg-elektrodeilla, jotka rekisteröivät sydämen sähköistä toimintaa, lisäksi sinulle laitetaan happiviikset.

Leikkaussalissa sinulle laitetaan virtsatiekatetri. Katetrin avulla pidetään virtsarakko tyhjänä leikkauksen ajan, sekä seurataan virtsan eritystä. Sinulle asetetaan myös käteen kanyyli, jonka avulla sinua voidaan nesteyttää ja lääkityä suonensisäisesti laskimoon leikkauksen aikana.

Sairaanhoitaja on vierelläsi ja huolehtii voinnistasi koko leikkauksen ajan.

2.1 Puudutus

Keisarileikkaus tehdään useimmiten spinaalipuudutuksessa, jolloin olet hereillä. Sinut avustetaan jalat koukistettuina kylkiasentoon, jossa sairaanhoitaja puhdistaa desinfiointiaineella puudutuksen pistoalueen.

Anestesia lääkäri laittaa puudutuksen selkänikamien välistä selkäyttimeen. Puudutus on tehokas, etkä tunne kipua. Saatat tuntea paineen sekä venytyksen tunnetta leikkauksen aikana.

Puudutuksen jälkeen sinut avustetaan leikkausasentoon selinmakuulle. Leikkaustasoa kallistetaan vasemmalle, jotta kohtu ei paina sydämeen verta tuovia verisuonia.

2.2 Vauvan syntymä

Leikkausalue pestään ja peitellään steriilillä liinalla. Steriilin liinan avulla peitetään sinun ja tukihenkilön näköyhteys leikkausalueeseen. Leikkaava lääkäri tekee poikkiviillon alavatsallesi, ihoon, vatsanpeitteisiin ja lopulta kohtulihakseen. Leikkausviillon kautta hän avustaa käsin vauvan syntymään. Leikkauksen alusta vauvan syntymään menee n. 5-10 minuuttia.

Napanuora katkaistaan ja vauva annetaan leikkaussalissa olevalle kätilölle, joka kuivaa vauvan ja näyttää vauvan sinulle. Vauva viedään tukihenkilön kanssa tarkkailtavaksi synnytyssaliin siksi aikaa, kun olet heräämössä.

Leikkaushaavan kautta poistetaan istukka ja varmistetaan kohdun normaali supistuminen. Leikkaushaavasi ommellaan kiinni kerroksittain: kohtulihak suljetaan ompeleilla, verenvuotokohdat sidotaan ja vatsanpeitteet suljetaan kerroksittain, viimeisenä ommellaan ihohaava kiinni.

2.3 Tukihenkilön mukanaolo

Tukihenkilö (puoliso tai muu sinulle läheinen henkilö) voi osallistua kanssasi leikkaukseen. Tukihenkilön mukanaolo tukee vanhempi-lapsisuhteen muodostumista ja vuorovaikutusta.

Tukihenkilö saa tulla kanssasi mukaan leikkausosastolle heti aamulla. Kun sinulle tehdään osastolla leikkausvalmisteluja, tukihenkilö voi odottaa päiväsalissa. Leikkaussalin hoitaja hakee sinut leikkaussaliin ja tukihenkilö ohjataan synnytyssalin ovelle soittamaan ovikelloa.

Synnytyssalissa tukihenkilö ohjataan pukeutumaan leikkaussalivaatteisiin, jonka jälkeen tukihenkilö menee kättilön mukana leikkaussaliin.

Kameran saa ottaa leikkaussaliin mukaan, mutta kännykät on jätettävä leikkaussalin ulkopuolelle. Muistattehan, että kuvattavilta henkilöiltä täytyy pyytää suostumus kuviin!

Puudutuksen laittamisen jälkeen tukihenkilö saa tulla leikkaussaliin ja istua vieressäsi koko leikkauksen ajan.

Vauvan syntymän jälkeen voitte tutustua yhdessä tukihenkilön kanssa vauvaan.



Tutustumisen jälkeen tukihenkilö tulee vauvan ja kättilön kanssa takaisin synnytyssaliin.

Synnytyssalissa tukihenkilö saa avustaa vauvan hoidossa ja tutustua häneen, ennen kuin he yhdessä siirtyvät synnytysvuodeosastolle odottamaan sinua heräämöstä. Tilanteen mukaan vauva ja tukihenkilö voivat tulla vierailemaan luonasi heräämössä yhdessä kättilön kanssa.

2.4 Heräämö

Heräämössä sairaanhoitaja seuraa vointiasi sekä puudutteen vaikutuksen häviämistä 1,5 - 2 tuntia leikkauksen jälkeen. Sairanhoitaja mittaa verenpainettasi ja sydämen sykettäsi säännöllisesti.

Kätilö seuraa kohdun supistumista tunnustelemalla sitä vatsan päältä ja seuraamalla jälkivuotoa. Leikkausalueen haavaa ja sen vuotoa tarkkaillaan.

Kipua hoidetaan heräämössä tehokkaasti lääkärin ohjeiden mukaisesti. On tärkeää, että kerrot kiputuntemuksistasi sekä voinnistasi sairaanhoitajalle, jotta sinua voidaan hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla.

Kun vointisi sallii, pääset siirtymään vuodeosastolle, jossa vointisi tarkkailua jatketaan ja saat tutustua vauvaan.

3. TOIPUMINEN LEIKKAUKSESTA

3.1 Osasto 22

Osastolla ollessasi kätilöt tarkkailevat vointiasi mittaamalla verenpainetta, seuraamalla kohdun supistumista, jälkivuotoa ja leikkaushaavaa. Lisäksi seurataan virtsan erittymistä katetrin kautta. Virtsakatetri poistetaan viimeistään seuraavana aamuna, kun pystyt itse liikkumaan ja käymään WC:ssä.

Osastolla kätilöt ohjaavat ja tukevat sinua ja perhettäsi vauvan hoidossa ja imetyksessä. Vauvasi saa olla vierihoidossa. Ihokontaktissa pitäminen on suositeltavaa, sillä se tukee imetyksen käynnistymistä ja auttaa vauvaa sopeutumaan kohdunulkoiseen maailmaan.



Keskustele toiveistasi kätilöiden kanssa, jotta he osaavat tukea sinua parhaalla mahdollisella tavalla.

3.2 Kivunhoito

Jokaiseen leikkaukseen liittyy jonkinasteista kipua, joka on epämiellyttävää. Tehokas kivunhoito parantaa leikkauksesta toipumista ja helpottaa liikkumista. Kivun kokeminen on yksilöllistä, joten on hyvin tärkeää, että kerrot hoitajille, millaisena kipusi koet.

Kipua voidaan kuvata numeraalisella asteikolla 0-10, jossa 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 pahinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua. Tavoitteena on, että kipusi pysyy levossa lievänä ja on alle 3.

Leikkauskivun hoitomenetelmiä ovat suun kautta ja lihakseen annosteltavat kipulääkkeet, sekä epiduraalinen kivunhoito.

Epiduraalisessa kivunhoidossa sinulla on epiduraalikatetri, jota pitkin annostellaan kipulääkettä suoraan epiduraalitilaan. Anestesiaalääkäri on asettanut tämän selkänikamien välistä spinaalipuudutuksen yhteydessä ennen leikkausta. Epiduraalista kivunhoitoa suoritetaan korkeintaan muutama päivä leikkauksen jälkeen. Vointiasi tarkkaillaan koko hoidon ajan. Katetri poistetaan vuodeosastolla tavallisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä.

Tavallisimpia kivunhoitomenetelmiä ovat tabletit tai kapselit (paracetamoli ja ibuprofeini), jotka saat 1-3 kertaa vuorokaudessa. Näiden peruskipulääkkeiden lisäksi sinulla on mahdollisuus saada myös vahvempaa kipulääkettä.

Rentoutumisella ja asentoa vaihtamalla voit lievittää lihasjännityksen aiheuttamaa kipua.

3.3 Liikkuminen

Pääset vointisi salliessa jalkeille kätilön avustamana mahdollisesti jo leikkauspäivän iltana, mutta usein vasta seuraavana päivänä leikkauksesta. Varhainen liikkeelle lähtö ja alla mainitut sängyssä tehtävät liikkeet leikkauksen jälkeen ehkäisevät syviä laskimotukoksia.

Ylösnouseminen on hyvä tehdä kylkimakuun kautta.

- Käänny kylkiasentoon polvet koukussa.
- Vie jalat reunan yli.



- Työnnä itseäsi samaan aikaan käsien avulla istumaan.



- Huomioi, että vatsalihasten käyttöä kannattaa välttää ylösnousemisen aikana.

Sängyssä ollessasi voit tehdä:

- Nilkkojen koukistus-ojennus liikettä.
- Palleahengitystä: Tee sisäänhengitys nenän kautta, jolloin ylävatsa nousee ja puhalla ulos suun kautta, jolloin ylävatsa laskee.

Lantionpohjan lihasten harjoittaminen tulisi aloittaa mahdollisimman pian tunnistamisharjoituksilla. Lantionpohjan lihaksia tulisi harjoittaa säännöllisesti.

Keisarileikkauksen jälkeen sinun tulee välttää vauvaa painavampia taakkoja ja nostoja noin 6 viikon ajan leikkauksesta. Kevyt liikunta edistää paranemista leikkauksesta. Hyvä tapa aloittaa liikunta on esimerkiksi reipas kävely päivittäin vähintään 30 minuutin ajan.

Uimista ei suositella ennen jälkitarkastusta tulehdusriskin vuoksi. Omaa kehoasi kuunnellen voit palata oman harrastuksesi pariin rasittavuutta asteittain lisäten. Vatsalihasharjoitteet voit aloittaa 6 – 8 viikon kuluttua leikkauksesta.

3.4 Haavanhoito

Leikkaushaava ja sitä suojaava haavasidos tulee pitää kuivana ensimmäisen vuorokauden ajan leikkauksesta, haavan tulehtumisen ehkäisemiseksi. Tämän jälkeen haavaa on hyvä suihkutella päivittäin lämpimällä vedellä sekä antaa ”ilmakylpyjä”.

Jos havaitset leikkaushaavalla punoitusta, kuumotusta, eritystä, lisääntynyttä kipua tai sinulle nousee lämpöä, ne voivat olla merkinä tulehduksesta. Ota tällöin yhteys terveyskeskukseen.

Ompeleet tai hakaset poistetaan haavalta 5-8 vuorokauden kuluttua. Jos kotiudut ennen ompeleiden poistoa, varaa aika niiden poistamiseen terveydenhoitajallesi tai terveyskeskukseesi.

Saunomisen voit aloittaa kahden viikon kuluttua leikkauksesta, aikaisintaan ompeleiden poiston jälkeisenä päivänä.

3.5 Seksuaalisuus ja ehkäisy

Vauvan syntymä vaikuttaa parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen.

Hyvästä hygieniasta huolehtiminen on tärkeää erityisesti synnytyksen jälkeen! Sukupuolilyhdyntä on suositeltavaa vasta sitten, kun olet siihen halukas.

Ehkäisystä huolehtiminen on synnytyksen jälkeen tärkeää. Uusi raskaus voi alkaa, vaikka sinulle ei olisi ensimmäisiä kuukautisia vielä synnytyksen jälkeen tullutkaan.

Imettäminen ei estä raskaaksi tuloa. Imetyksen aikana kondomi on oikein käytettynä riittävä suoja. Kondomi suojaa myös erilaisilta tulehduksilta synnytyksen jälkeen, jälkivuodon aikana. On hyvä muistaa liukastusvoiteen käyttö, sillä emättimen limakalvot ovat herkäät.

Imettävä äiti voi myös käyttää hormonaalista ehkäisyä.

Viimeistään jälkitarkastuksessa sinun on hyvä valita lääkärin kanssa yhdessä sopiva ehkäisymenetelmä, jos ehkäisyn tarvetta on.

Vauvan syntymän jälkeen parisuhteessa tulisi molempien osapuolten ottaa vastuuta läheisyyden, hellyyden ja erotiikan

ylläpitämisestä. Vanhempien keskinäinen toimiva ja hoidettu suhde on parasta, mitä lapselle voi antaa. Vastuu vanhemmuudesta ja parisuhteesta kuuluu molemmille kumppaneille.

MUISTIINPANOJA:

Yhteystiedot

Mikkelin keskussairaala äitiyspoliklinikka (arkisin) klo 8-8:30 ja 12-13:00 p. 015 351 2253

Mikkelin keskussairaala synnytyssali p. 015 351 2251

Mikkelin keskussairaala osasto 22 p. 015 351 2590

Mikkelin keskussairaala leikkausosasto (toimisto) arkisin p. 015 351 2830

Tekijät:

Saara Eerola ja Emmi Kuitunen

Savonia ammattikorkeakoulu

2014



SAVONIA

